
LANE
DICAL
LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885



GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES

PAR



F. L. I. VALLEIX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ,

Membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique de Paris,
de la Société médicale des hôpitaux, etc.

QUATRIÈME ÉDITION

REVUE, AUGMENTÉE, ET CONTENANT LE RÉSUMÉ DES TRAVAUX LES PLUS RÉCENTS,

PAR MM. LES DOCTEURS

V.-A. RACLE

Médecin des hôpitaux de Paris,
ex-chef de clinique médicale de la Faculté de médecine.

P. LORAIN

Ex-interne lauréat des hôpitaux,
lauréat de la Faculté de médecine de Paris,
membre de la Société de biologie.

TOME DEUXIÈME.

Névroses. — Maladies des centres nerveux.
Maladies des voies respiratoires.

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

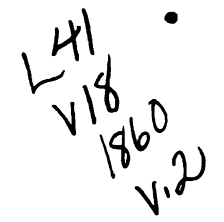
Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES
Hippolyte Baillière, 219, Regent-street.

NEW-YORK
H. et Ch. Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1860



GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

LIVRE TROISIÈME

Névroses.

(Suite.)

CHAPITRE IV.

NÉVROSES MIXTES ET DES FONCTIONS ORGANIQUES.

[Ce chapitre devrait renfermer l'histoire d'un grand nombre de névroses dont les accidents se localisent dans des organes particuliers; mais nous avons pensé qu'il serait plus à propos de les rapprocher des autres affections de ces différents organes. En conséquence, nous ne décrirons ici que celles de ces névroses dont le siége n'est pas encore bien précisé.]

ARTICLE Ier.

MUTISME ACCIDENTEL.

A l'article *Aphonie*, j'ai dit qu'il fallait distinguer de cette affection, qui consiste dans la perte de la voix sans perte de la parole, le *mutisme accidentel*, dans lequel les malades ne peuvent plus faire entendre un seul mot. Cette dernière maladie est beaucoup plus rare que l'aphonie.

Tout en distinguant ces deux affections, les auteurs n'ont pas eu le soin de les séparer suffisamment, et il est difficile, dans leurs descriptions, de reconnaître ce qui appartient à l'une et à l'autre.

La *cause* la plus fréquente du mutisme accidentel est une émotion vive; puis viennent les attaques d'hystérie, qui produisent bien plus souvent l'aphonie; puis nous trouvons la présence des *vers* dans le canal intestinal, signalée par Schroeter et plusieurs autres auteurs. Dans un cas rapporté par M. Richter (de Wiesbaden), l'aphonie se montra tous les jours, à la même heure, comme une fièvre intermittente. Eggerdes (1) a rapporté l'histoire singulière d'un mutisme *épidémique* chez

(1) *Acta naturæ curiosorum*, ann. IV, dec. 3.

les militaires d'une garnison. L'affection les prenait dans les circonstances les plus variées et sans cause appréciable.

Je ne parle pas ici du mutisme causé par la destruction des nerfs récurrents ou par une attaque d'apoplexie : il n'est alors qu'un symptôme. Je passerai également sous silence le mutisme causé par les divers empoisonnements, parce que j'aurai à m'en occuper plus tard.

Lorsque le mutisme est essentiellement nerveux, il constitue le seul *symptôme* de l'affection.

Souvent cette affection dure quelques jours, puis disparaît tout à coup pour reparaître plus tard, et ainsi de suite. Elle se termine par la guérison.

Rien ne serait plus facile que le *diagnostic*, s'il n'était à craindre que cette affection ne fût simulée. C'est en cherchant à surprendre les malades et en les observant à tous les instants qu'on découvre la simulation. C'en est assez sur ce diagnostic, qui intéresse les médecins chargés d'examiner les recrues, bien plus que les praticiens ordinaires.

Le *traitement* de cette maladie est peu précis, parce que nous n'en possédons que des cas rares. Dans l'épidémie citée par Eggerdes, le *tartre stibié* à dose vomitive, le *succin* et l'*ammoniaque* procurèrent la guérison.

Dans les cas où l'on a soupçonné la présence des vers dans l'intestin, on a donné les *anthelminthiques*, et l'expulsion des entozoaires a été suivie du retour de la parole.

Lorsque le mutisme est le résultat d'une attaque d'hystérie, on met en usage principalement les *antispasmodiques*.

Enfin, dans les cas où la maladie s'est produite sous forme périodique, le *sulfate de quinine* en a triomphé.

L'*électricité*, appliquée à l'aide de la pile de Volta, a eu un plein succès entre les mains du docteur Pellegrini (1). On employa la *pile de Volta*, le pôle zinc sur les vertèbres cervicales, et le pôle cuivre sur les côtés de la glotte. Douze séances de 200, 300, 400 secousses guérirent la maladie.

ARTICLE II.

HOQUET.

Le hoquet n'est le plus souvent qu'un accident très léger ou qu'un symptôme d'une autre maladie. Dans le premier de ces deux cas, il n'a aucun intérêt pour le praticien ; dans le second, il suffit de l'étudier dans les maladies dont il est un symptôme peu grave. Mais, dans quelques cas aussi, le hoquet constitue une névrose rebelle, incommode, et qui peut entraîner à sa suite un dépérissement marqué.

Je n'entrerai pas ici dans les considérations physiologiques qu'on a présentées sur le hoquet ; qu'il me suffise de dire qu'on s'accorde aujourd'hui à regarder le phénomène qui le constitue comme le résultat d'une contraction subite et involontaire du diaphragme, et qu'il consiste dans le passage brusque de l'air à travers la

(1) *Giorn. per servire ai progress.*, et *Journal des connaissances médico-chirurg.*, novembre 1843.

glotte rétrécie, d'où résulte une inspiration incomplète et bruyante à laquelle succède une expiration naturelle.

On a beaucoup écrit sur le hoquet; mais comme les auteurs qui s'en sont occupés n'ont pas traité spécialement du hoquet idiopathique, il y a souvent de la confusion dans leurs descriptions.

Causes. — Le hoquet, tel que nous le considérons ici, se montre chez les sujets d'un tempérament nerveux, surtout chez les femmes atteintes d'une autre névrose, et en particulier de l'hystérie. Quelquefois il survient à la suite d'une *émotion* très vive; d'autres fois sans cause connue. Sauvages a cité un exemple de hoquet par *imitation*.

Le hoquet peut se prolonger pendant des mois, et même pendant des années. Il s'accompagne d'une anxiété plus ou moins grande; il augmente généralement après le repas, et surtout à la suite des émotions vives. Lorsqu'il est de longue durée, il peut amener un dépérissement marqué, et produire une tristesse profonde.

Traitement. — Le *traitement* de cette affection n'a pas été établi sur des bases solides. Voici ce qui ressort de plus positif des faits rares que nous connaissons :

On a, dans quelques cas, eu recours avec succès aux émollients, à l'exercice, aux distractions; plus rarement on a obtenu des avantages des *opiacés* et des *antispasmodiques*.

M. le docteur Le Blus (de Villebroeck) (1) a obtenu la guérison d'un hoquet convulsif des plus rebelles par le *sous-carbonate de fer uni à la belladone*, de la manière suivante :

℞ Extrait de belladone.... 0,10 gram.	Sous-carbonate de fer..... 0,50 gram.

F. s. a. douze pilules. Dose : une toutes les heures.

Dès le second jour le hoquet avait diminué, et le quatrième il avait disparu.

M. le docteur Schuermans (2) a réussi à faire cesser les hoquets les plus intenses par un moyen des plus simples; car il consiste uniquement à *faire manger au malade quelques morceaux de sucre*. C'est un moyen que les praticiens pourront facilement expérimenter.

Dans un cas où un hoquet avait résisté à une foule de moyens, M. le docteur Marage (3) l'a rapidement fait disparaître par l'emploi du *chloroforme*, administré de la manière suivante :

Huile d'amandes douces..... 60 gram.	Sirop de menthe poivrée..... 12 gram.
Sirop diacode.............. 30 gram.	Chloroforme............... 20 gram.

Dose : une cuillerée à café toutes les trois heures.

Les *révulsifs* sur l'épigastre ont été aussi mis en usage. Je dois mentionner spécialement le *cautère actuel sur cette région*. Dupuytren y a eu recours avec succès dans un cas.

(1) *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, septembre 1846.
(2) *Presse médicale belge*, août 1849.
(3) *Union médicale*, 9 octobre 1851.

Bordeu avait déjà employé la *compression épigastrique* contre le hoquet, et récemment M. Rostan (1) a réussi à en arrêter un très rebelle, à l'aide de ce moyen. Cette compression se pratique soit à l'aide de la main fermée, soit, mieux encore, à l'aide d'une pelote du volume du poing, que l'on maintient avec un ressort de bandage herniaire.

Les *vomitifs* ont aussi été prescrits avec avantage, et il en est de même de la *limonade sulfurique* (acide sulfurique, 4 grammes; eau, 1000 grammes). Enfin, si la maladie se présente avec une *périodicité* marquée, on doit recourir au *quinquina* et au *sulfate de quinine*. N'ayant aucun relevé de faits à citer, je ne peux qu'indiquer ces moyens, que le praticien devra essayer.

ARTICLE III.

MAL DE MER.

On a beaucoup écrit sur cette maladie, mais ce qui a été dit avant ces derniers temps n'aurait pas un grand intérêt pour le praticien, car tous les médecins sérieux conviennent qu'on n'avait pas fait connaître de moyen thérapeutique vraiment efficace contre cet accident.

Récemment MM. Gueprattе (2), Pellarin (3), et surtout M. Sémanas (4), de Lyon, ont donné de nouvelles théories du mal de mer et ont prescrit de nouveaux traitements que je ferai connaître dans cet article. On consultera aussi avec profit l'excellent livre de M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Cherbourg (5).

Le mal de mer est constitué par un trouble général, un malaise, un ensemble de symptômes morbides, ébauchés, pour ainsi dire, et qui proviennent de la perte d'équilibre, des oscillations; les vomissements en sont le principal symptôme, et *nausée* vient de ναῦς (navire). Ce sont les mêmes accidents que font éprouver à certaines personnes, surtout aux enfants et aux gens de campagne, les modes de locomotion auxquels ils ne sont pas accoutumés, tels que l'escarpolette, la rotation, soit en valsant, soit sur les tourniquets des fêtes publiques, la voiture même, surtout lorsque l'on est entraîné en arrière, etc. Le mouvement du bateau, surtout dans les gros temps, le roulis, le tangage, le choc de la lame, l'ébranlement produit par les machines à vapeur, surtout dans les bateaux à hélice, sont les causes immédiates du mal de mer. Le mal de mer se produit avec d'autant plus de facilité que la mer est plus agitée. Dans les gros temps, on voit des personnes qui, dans toute autre circonstance, n'éprouvent aucun malaise, avoir tous les accidents du mal de mer. L'odeur de la cale, la vue de la mer, la vue des personnes qui vomissent ajoutent à l'action de cette cause.

§ I. — Symptômes.

« Le mal de mer, dit M. Fonssagrives (*loc. cit*), est caractérisé essentiellement par des vertiges, des éblouissements, de la pâleur, des hallucinations de la vue, qui

(1) *Gazette des hôpitaux*, et *Revue méd.-chirurg.*, mars 1847.
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. IX, p. 118 et 165.
(3) *Séances de l'Acad. des sciences*, février 1847.
(4) *Du mal de mer*, etc. Paris et Lyon. 1850.
(5) *Traité d'hygiène navale*. Paris, 1856.



prêtent à tous les objets environnants une mobilité imaginaire, une susceptibilité maladive de l'odorat, par suite de laquelle des odeurs inappréciées dans l'état ordinaire deviennent insupportables et provoquent des nausées, un goût savonneux désagréable, etc.; la peau est froide, le pouls faible, les traits étirés, la voix presque éteinte; quelquefois la concentration des forces va jusqu'à un état semi-lipothymique. Le malade, en un mot, présente toute la série des accidents que déroule l'action hyposthénisante de l'émétique. » Le malade reste courbé ou couché, n'osant faire aucun mouvement; sa face exprime l'hébétement; une salive abondante s'écoule de la bouche; des vomissements abondants de matières alimentaires ont lieu d'abord; puis, on ne vomit plus qu'un liquide bilieux. Ces vomissements semblent amener du soulagement. Cependant rien n'est plus douloureux que les efforts excessifs de vomissement, alors que l'estomac est vide. L'abattement va quelquefois si loin, que les malades gisent inertes, sans courage et ayant perdu presque le sentiment de ce qui les entoure.

Le mal de mer est, en général, un mal de peu de durée; et l'acclimatation se fait, pour le plus grand nombre, assez facilement. Cependant il est des cas où le mal de mer a duré plus ou moins pendant une traversée d'un ou de deux mois. Il est des personnes qui n'ont jamais pu naviguer sans avoir le mal de mer, et qui, pour cette raison, sont impropres aux voyages maritimes.

L'innocuité relative du mal de mer est un fait constant. Cependant il se produit plus d'un accident grave à cette occasion. Les vomissements opiniâtres peuvent, chez les personnes atteintes de lésions organiques de l'estomac, amener des hémorrhagies ou une rupture; et l'on cite même des cas de rupture de l'estomac sans lésion organique. Le mal de mer peut également avoir un résultat fâcheux pour les femmes enceintes. On a cité des cas dans lesquels le mal de mer a été le point de départ d'accidents nerveux qui ont persisté.

§ II. — Théorie du mal de mer.

Un grand nombre d'explications ont été données, comme les suivantes : *Le mal de mer est dû au vertige que la mobilité des objets détermine* (Darwin). *Le mal de mer est dû à l'agitation des viscères abdominaux* (Keraudren). *Le mal de mer est dû à la continuité des contractions musculaires nécessaires pour le maintien de l'équilibre.*

Suivant M. Pellarin (1), le mal de mer ne serait autre chose qu'un résultat de la diminution de la force ascendante du sang dans l'aorte et dans les artères qui naissent de la crosse, par suite des mouvements que le corps subit, soit en mer, soit en voiture, soit dans une balançoire.

M. Sémanas a donné une tout autre explication du mal de mer. Cet auteur observa à Alger, pendant les années 1846 et 1847, une espèce d'épidémie dont les symptômes ressemblaient à ceux du mal de mer, et parmi lesquels le vertige et les vomissements étaient surtout remarquables. Frappé de cette ressemblance, il vit que cette épidémie coïncidait avec la présence de brouillards épais et d'une odeur fatigante, venant de la mer; et, chez un sujet en particulier, il nota que la croisée

(1) *Loc. cit.*

ouverte du côté de la mer augmentait le vertige et les nausées. Dès lors il continua ses observations dans ses voyages sur mer, et il arriva à cette conclusion, que le *mal de mer est une intoxication produite par des miasmes*, et semblable à l'intoxication paludéenne. Il reconnaît l'influence du tangage et du roulis, ainsi que celle des autres causes que nous avons mentionnées plus haut ; mais, pour lui, ces influences sont secondaires, et, si le mal de mer est plus fréquent et plus violent lorsque la mer est mauvaise, c'est principalement parce que l'agitation des eaux donne lieu à une plus grande émanation des miasmes maritimes. Il a cité plusieurs faits qui, surtout par l'action du traitement, viennent à l'appui de cette manière de voir. Ces faits ne sont pas encore en très grand nombre, et il est important que les praticiens multiplient les expériences ; car si, comme on peut l'espérer, elles sont confirmatives, on aura trouvé enfin un moyen de prévenir cet accident si commun et si désagréable. J'exposerai plus loin le traitement employé par M. Sémanas.

§ III. — Traitement.

On a conseillé bien des moyens contre le mal de mer ; on a prescrit les *antiémétiques*, les *antispasmodiques*, les *narcotiques*, les *acides*. On a inventé des spécifiques divers, mais a-t-on réussi ? On n'a qu'à voir ce qui se passe sur un bâtiment par un temps un peu mauvais, et l'on sera convaincu du contraire, car ceux qui ont apporté leurs spécifiques sont aussitôt atteints que les autres. Les seuls moyens qu'on doive recommander jusqu'à ce que l'expérience ait définitivement prononcé sur le traitement de M. Sémanas, sont : 1° de chercher à surmonter le mal en mangeant comme de coutume et en recommençant à manger après avoir vomi ; 2° de se tenir en plein air et en mouvement, si on le peut ; 3° de se comprimer l'abdomen avec une ceinture ; 4° si l'on ne peut supporter le mouvement, de se coucher dans un lieu bas du navire, et d'y rester immobile.

Il résulte de la théorie de M. Pellarin (1) que les seuls moyens de traitement contre le mal de mer consistent à se coucher dans un cadre suspendu, à suivre un régime tonique et à se livrer à un exercice corporel actif. Ces moyens, qui ne sont que palliatifs, sont loin d'être nouveaux, comme on vient de le voir, et ils ne diffèrent pas de ceux qu'on employait généralement. Il n'en est pas de même de celui qu'a proposé M. Sémanas. Voici comment il est dirigé par ce médecin.

TRAITEMENT DE M. SÉMANAS.

C'est par le *sulfate de quinine* que M. Sémanas combat le mal de mer, comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente. Les pilules ordinaires de sulfate de quinine se desséchant facilement, devenant dures et de difficile absorption, ce médecin a eu recours à la préparation suivante :

Sulfate de quinine tartarisé.

« Pour préparer le sulfate de quinine tartarisé :

℞ Sulfate neutre de quinine.. 5 parties. | Acide tartrique en poudre.... 3 parties.

(1) *Loc. cit.*

Jetez les deux poudres dans un mortier de porcelaine, et triturez jusqu'à mélange intime (pendant dix minutes environ); cela fait, placez le mélange dans une capsule de verre, et abandonnez-le à l'air libre dans un endroit frais, pendant vingt-quatre heures environ.

» Au bout de ce temps, vous trouverez une masse résineuse d'un jaune pâle, prenant aux doigts et très malléable. Cette masse a une saveur amère très prononcée : projetée dans l'eau, à la température ordinaire, elle s'y fond absolument comme du sucre.

» Pour préparer un nombre déterminé de pilules de sulfate de quinine tartarisé, chaque pilule devant contenir un décigramme de sel de quinine, on prendra autant de décigrammes de sulfate de quinine que de pilules à préparer, puis une quantité d'acide tartrique dans la proportion des 2/5es comme dessus.

» Si l'on voulait préparer vingt pilules, par exemple, la formule serait la suivante :

℞ Sulfate de quinine...... 20 décigr. | Acide tartrique en poudre... 12 décigr.

» Après avoir opéré sur cette double quantité, comme il est dit ci-dessus, le produit résultant n'aurait plus qu'à être divisé à la manière ordinaire, en vingt parties égales ou pilules.

» Les pilules de sulfate de quinine tartarisé attirent fortement l'humidité de l'air, ce qui oblige de les tenir dans une boîte bien fermée et placée dans un lieu sec. Il est indispensable, en outre, d'entourer ces pilules d'une grande quantité de poudre de guimauve, afin de diminuer leur état hygrométrique et de les empêcher d'adhérer ensemble. »

Voici maintenant comment ces pilules doivent être prises :

Il faut *d'abord en prendre huit* à de courts intervalles, à jeun ou deux heures après le repas et *deux heures avant l'embarquement.*

Arrivé sur le bâtiment et pendant les deux premières heures, il faut adopter la *station étendue*, *faire diète* et occuper le plus possible la partie antérieure et moyenne du pont.

Il se peut qu'au bout des deux premières heures l'immunité soit complète, alors il suffit de prendre, pendant le jour seulement, *une pilule toutes les deux heures*, de *se promener sur le pont* et de prendre une *bonne alimentation.*

Si l'immunité est incomplète, on se conduit différemment, suivant l'état de la mer et le degré du mal.

La mer étant bonne, le mal de mer est-il au premier degré, il suffit d'*une pilule toutes les deux heures* et de *continuer la diète* en gardant la *station étendue. Le mal de mer est-il au deuxième degré, une pilule toutes les heures;* et enfin *deux pilules toutes les heures, si le mal est au troisième degré.* Il est bien entendu que la station étendue et la diète seront gardées pendant ce traitement.

La mer étant passable, le mal est-il au premier degré, une pilule toutes les heures. Est-il au second degré, deux pilules toutes les heures. Est-il au troisième degré, trois pilules toutes les heures, jusqu'à six pilules, puis *une pilule toutes les deux heures.*

La mer étant mauvaise, le mal de mer est-il au premier degré, deux pilules toutes les heures jusqu'à six pilules, puis *une pilule toutes les deux heures, station*

étendue non permanente, *alimentation légère* et peu copieuse. *Le mal de mer est-il au second degré, trois pilules toutes les heures* jusqu'à six pilules, puis *une pilule toutes les deux heures, alimentation légère* et peu copieuse. *Le mal de mer est-il au troisième degré, trois pilules toutes les heures* jusqu'à neuf pilules, puis *une pilule toutes les heures, station étendue et permanente, potages.*

Si, après que l'immunité a paru se produire, on voyait reparaître des signes du mal de mer, on reprendrait le même moyen, suivant le degré du mal et l'état de la mer.

Il peut se faire que le sulfate de quinine ne soit pas supporté par l'estomac; alors, suivant M. Sémanas, on pourrait avoir recours aux *frictions avec le sulfate de quinine.*

Pommade de sulfate de quinine tartarisé.

℞ Sulfate de quinine tartarisé.	32 décigr.	Axonge fraîche.............	16 gram.
Eau..................	qq gouttes		

Placez dans un mortier de porcelaine et triturez jusqu'à homogénéité complète.

Si l'on ne possédait pas du sulfate de quinine tartarisé tout préparé, on pourrait obtenir immédiatement la même pommade en procédant comme il suit :

℞ Sulfate de quinine....... 20 décigr. | Acide tartrique en poudre... 12 décigr.

Placez dans un mortier, triturez avec quelques gouttes d'eau, et ajoutez :

Axonge fraîche..... .... 16 gram.

Triturez de nouveau jusqu'à union complète.

Pour se servir de cette pommade, il faut en prendre sur le bout du doigt gros comme un fort pois, puis porter le doigt ainsi chargé sous le creux de l'aisselle et frictionner pendant un quart de minute. Une friction semblable devra toujours être pratiquée sous l'une et l'autre aisselle ; chaque double friction devra être répétée au plus tôt toutes les demi-heures, au plus tard toutes les heures, suivant l'urgence des cas.

Chez l'adulte qu'on voudrait préserver du mal de mer, il faudrait pratiquer au moins *six doubles frictions* à la distance d'une demi-heure les unes des autres, la dernière une heure avant l'embarquement. Cela fait, arrivé sur le bâtiment, on se comporterait comme nous l'avons exposé plus haut, en remplaçant les pilules par un nombre égal de doubles frictions.

Chez l'enfant en bas âge qu'on voudrait préserver du mal de mer, *deux ou trois doubles frictions* à la distance d'une demi-heure, la dernière pratiquée une demi-heure avant l'embarquement, seraient suffisantes. Arrivé sur le bâtiment, on se comporterait, pour la répétition des frictions, la diète, en un mot, pour la marche à suivre, d'après l'état de la mer et le degré de malaise du sujet.

C'est maintenant, je le répète, aux médecins convenablement placés à essayer ce traitement bien facile à mettre en usage, et à nous éclairer définitivement sur sa valeur. Remarquons seulement que le traitement par les frictions n'a pas été employé par M. Sémanas, et qu'il ne le conseille que par analogie, pour des cas où le traitement interne ne serait pas applicable.

Pour la majorité des médecins, les indications se résumeront dans le paragraphe suivant emprunté à M. Fonssagrives (1) : « Si le mal de mer dépasse des limites raisonnables, il peut entraîner à la longue des accidents contre lesquels il faut se prémunir. La persistance des vomissements est une de ses complications habituelles ; des boissons acidulées, de l'eau de Seltz, une potion de Rivière, des morceaux de glace, quelques grammes de poudre de colombo, l'emploi des opiacés à l'intérieur ou en applications endermiques, l'ingestion d'aliments et de boissons glacées, etc., constituent la série des ressources auxquelles il convient de s'adresser. »

ARTICLE IV.

VERTIGE NERVEUX.

§ I. — Considérations générales.

[Le mot *vertige* n'éveille le plus ordinairement dans l'esprit que l'idée d'un accident de courte durée, et dépendant de causes capables de produire une perturbation passagère dans le système nerveux encéphalique. L'agitation plus ou moins régulière du corps, soit dans les mouvements de l'escarpolette, d'une voiture, d'un navire, soit dans les ascensions en ballon, sont des causes de vertige ; il en est de même de l'action de se baisser, de tourner rapidement sur soi-même ; l'inanition, l'ivresse, l'intoxication par l'opium, les solanées vireuses, l'acide carbonique, etc., commencent par un étourdissement vertigineux, mais c'est à peine si les médecins s'occupent de cet accident, dont ils abandonnent l'étude à la physiologie et à la thérapeutique.

Ils se préoccupent, au contraire, et peut-être d'une manière exagérée, du vertige lié aux affections cérébrales et à diverses autres maladies. Les tendances anatomiques du commencement de ce siècle et le trop célèbre aphorisme *pas de symptôme sans lésion*, ont fait regarder pendant longtemps le vertige comme le résultat d'une congestion cérébrale ; de là des craintes exagérées d'apoplexie, de ramollissement du cerveau, de lésion organique entretenant un foyer d'irritation ; de là aussi une thérapeutique spoliative, affaiblissante, trop souvent funeste aux malades. Les observateurs modernes, plus éclairés, ont heureusement reconnu et démontré que le vertige n'est pas seulement un signe d'excitation et de congestion cérébrale, mais qu'il peut dépendre d'une cause tout opposée, le défaut d'excitation du cerveau ; et, en effet, il résulte plus souvent peut-être de l'anémie cérébrale que de toute autre chose, puisqu'on le voit se manifester à la suite des grandes hémorrhagies, dans les cas d'appauvrissement et de dissolution du sang (*chlorose*, *scorbut*, *maladies pestilentielles*) dans l'état fébrile, dans toutes les affections où il y a une notable modification de la circulation, et enfin dans beaucoup de névroses. Cette manière de voir est évidemment conforme à l'observation, et l'on doit reconnaître que le vertige est le *symptôme* d'un grand nombre d'affections fort différentes dans leur essence, et que la congestion cérébrale est loin d'en être la cause exclusive.

Mais n'existe-t-il pas des cas où le vertige serait à lui tout seul une *maladie*, et où il n'y aurait pas moyen de le rattacher à l'une quelconque des affections que

(1) *Hygiène navale*. Paris, 1856, in-8.

nous venons de signaler? Des recherches récentes tendent à confirmer cette supposition; car il est des personnes chez lesquelles le vertige est habituel, et paraît tenir à une disposition particulière de l'économie, à une susceptibilité spéciale du système nerveux, qui se manifeste sans l'intervention d'aucun trouble morbide antérieur. Il y aurait donc, indépendamment du vertige *symptomatique* un vertige *essentiel* et constitutionnel, véritable névrose que l'on pourrait rapprocher de l'épilepsie et de l'hystérie. De plus il y a d'autres cas où le vertige n'est ni un symptôme, ni une affection absolument pure, mais où il se montre comme le retentissement d'une souffrance, d'un trouble fonctionnel siégeant dans un organe éloigné des centres nerveux; c'est le *vertige sympathique*. Ce sont ces deux dernières espèces qui ont reçu le nom collectif de *vertige nerveux*, et que nous allons décrire.

§ II. — Historique.

Le seul travail important publié sur le vertige nerveux est celui de M. le docteur Max Simon (1); aussi lui ferons-nous de nombreux emprunts.

Les anciens auteurs n'ont point séparé le vertige essentiel du vertige symptomatique, et c'est à cette dernière forme que s'appliquent les remarques suivantes d'Hippocrate: « Dans les fièvres où, dès le début, il survient des vertiges, des battements dans la tête et des urines ténues, il faut s'attendre que la fièvre redoublera vers l'approche des crises; je ne serais même pas surpris que les malades eussent du délire (2). » « Les fièvres vertigineuses, avec ou sans convulsions, sont pernicieuses, etc. (3). » Galien avait peut-être entrevu le vertige nerveux; car il dit que « ce qui arrive à quelques personnes après un grand nombre de tours, leur arrive à elles après un seul tour (4). » Arétée ne décrit guère que le vertige épileptique. Fernel ne parle que du vertige lié à l'épilepsie ou à la congestion cérébrale (*periculosa autem est vertigo à magna capitis repletione orta*); puis, jusqu'à l'époque moderne, aucune idée nouvelle, si ce n'est que l'on voit l'anatomisme s'emparer du vertige, pour en faire un symptôme de congestion cérébrale. Sandras (5) le premier fait rentrer le vertige dans la classe des névroses pures: « Ici, dit-il, l'anatomie pathologique n'a rien à faire; elle ne démontre et n'explique rien manifestement, là où les désordres fonctionnels sont susceptibles de faire immédiatement place à l'ordre le plus parfait pour tous les organes, dans des affections qui ne produisent jamais la mort tant qu'elles restent simples. »

M. le professeur Trousseau (6), de son côté, a étudié avec soin le vertige sympathique de la dyspepsie: « Qu'est-ce, en somme, que ce bizarre phénomène? Je n'en sais rien, et la chose n'est pas facile à dire; mais je compare cela à la maladie du vaisseau, à la sensation toute spéciale qu'on éprouve après avoir valsé, à l'engourdissement qui succède au jeu de l'escarpolette, à ces éblouissements qui vous obligent à fermer les yeux lorsque vous tournez sur des chevaux de bois; mais il

(1) *Du vertige nerveux et de son traitement*, mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1858, t. XXII).

(2) *Du régime dans les maladies aiguës* (*Œuvres d'Hippocrate*, trad. Littré, t. II, p. 427).

(3) *Prénotions coaques*.

(4) *Des lieux affectes* (*Œuvres de Galien*, trad. par Ch. Daremberg, Paris, 1856, t. II, p. 575).

(5) *Traité pratique des maladies nerveuses*. Paris, 1851, t. I, p. 308.

(6) *Bulletin de thérapeutique*, t. L, p. 368.

n'y a pas dans tout cela imminence de congestion cérébrale, menace d'apoplexie. C'est un phénomène nerveux se passant dans l'appareil nerveux, une affection temporaire et superficielle de ce système. » Il ne s'agit ici, il est vrai, dit M. Max Simon, que du vertige nerveux sympathique ; mais on voit que, même dans cette limite, la question se pose presque comme une question nouvelle. M. le docteur Blondeau a publié, depuis cette époque, un mémoire intéressant sur le vertige stomacal (1). Tels sont, avec le mémoire récent de M. Max Simon, les seuls renseignements que nous possédions sur le vertige nerveux.

§ III. — Définition, synonymie, fréquence, nature.

« On peut, dit P. Frank, définir le *vertige* un tournoiement illusoire, pénible et subit, qui semble entraîner la personne elle-même et les objets extérieurs, qu'ils soient en repos ou animés, et où le corps chancelle et est près de tomber (2). » Il est certain que la sensation illusoire du tournoiement des corps ou des objets extérieurs (*gyratio*) est le caractère principal du vertige ; mais il faut ajouter à cette définition un autre élément : c'est que le malade *ne perd jamais la conscience de ce qui lui arrive.* M. Trousseau a fortement insisté sur ce point, et il est capital, en effet, puisqu'il distingue le vertige nerveux du vertige épileptique.

Sandras (3) avait bien reconnu l'importance de ce dernier caractère, lorsqu'il disait : « Le vertige est un trouble, un embarras momentané des fonctions cérébrales, avec *conservation de la conscience individuelle*, et en même temps avec désordre plus ou moins grand dans les idées, les sensations, la puissance et la coordination des mouvements. » Cette définition, beaucoup plus générale que la précédente, est cependant bien moins précise, et c'est pour ce motif que nous ne l'avons pas citée en première ligne.

Le vertige a reçu un grand nombre de dénominations différentes, parmi lesquelles nous citerons surtout les suivantes :

Vertigo, *gyratio*, *éblouissement*, *étourdissement*, *tournoiement de tête*, *naupathie*, *scotome* (du grec σκότωμα, obscurité), *scotodinie* (de σκότος, ténèbres, et δῖνος, vertige).

Si nous nous occupions du vertige symptomatique, nous pourrions dire qu'il est très fréquent, puisqu'on l'observe au début et dans la convalescence de presque toutes les maladies.

Quant au vertige nerveux, il est infiniment plus commun, puisqu'il n'est aucune personne qui ne l'ait éprouvé ; c'est un de ces phénomènes auxquels toute l'humanité a, comme à la douleur, payé son tribut. Mais en restreignant la question dans ses limites les plus étroites et les plus réelles, on doit reconnaître que le vertige nerveux pur est assez rare : en effet, si nous appelons ainsi le vertige qu'éprouvent habituellement certaines personnes, qui dure pendant toute la vie, qui se produit spontanément, sans maladie antécédente, qui provient d'une disposition constitutionnelle et d'une susceptibilité spéciale du système nerveux, que la moindre cause

(1) *Archives générales de médecine*. Paris, 1858. — *Gazette des hôpitaux*, 2 oct. 1858.
(2) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, traduction de M. Goudareau, t. II, p. 404.
(3) *Traité des maladies nerveuses*, t. I, p. 306. Paris, 1850.

provoque et que rien ne guérit, nous pourrons dire que cette névrose est rare; autrement elle eût depuis longtemps fixé l'attention, et les écrits sur ce sujet seraient plus nombreux qu'ils ne le sont en réalité.

Quant à la nature du vertige dont nous parlons, elle nous échappe bien évidemment, mais il nous est possible de l'apprécier par comparaison. Le vertige rentre dans la classe des phénomènes dont la douleur est le type, c'est-à-dire dans la classe des accidents de fonctions, sans lésion matérielle appréciable. Lorsqu'un corps aigu pénètre dans les tissus et excite instantanément la sensation de douleur dont les centres nerveux prennent connaissance, il est évident que ces centres ne sont pas instantanément troublés dans leur contexture ni dans leur circulation; il y a, si l'on veut, une modification dans ce corps impondérable que l'on nomme fluide nerveux, mais cela n'est ni tangible, ni appréciable par nos sens et nos instruments.

Eh bien! n'en est-il pas de même lorsqu'à la vue d'un objet qui tourne, d'un précipice, lorsque dans le mouvement irrégulier du corps, dans le mouvement de rotation, le vertige éclate? Là pas de lésion anatomique, mais, si l'on nous permet cette expression, un dérangement statique du fluide nerveux, dérangement qui n'a d'autre point de départ que la brusquerie, l'instantanéité du mouvement ou la surprise du système nerveux, forcé de subir instantanément un ordre d'impressions auxquelles il n'était pas préparé. En effet, il est bien facile de reconnaître que le vertige ne se manifeste pas lorsque les impressions nerveuses sont graduées et amenées avec une certaine lenteur. D'ailleurs, comment supposer que le vertige soit lié à une lésion matérielle des centres nerveux lorsqu'il dure pendant toute la vie, sans autre trouble des fonctions nerveuses, et sans s'accompagner de la moindre maladie? Il y a donc un *vertige-névrose*, ainsi que le dit M. Max Simon.

§ IV. — Symptômes.

Vertige essentiel. — Il y a plusieurs degrés dans le vertige. Dans les cas les plus légers, une confusion très rapide des idées, sans perte de conscience, le tournoiement des objets extérieurs, la confusion des sons, la perte d'équilibre, sont les seuls accidents appréciables; la rapidité de l'impression vertigineuse est telle, que l'individu qui croit faire une chute a recouvré toute la netteté de ses perceptions avant d'être tombé.

Comme on le voit, l'*intelligence*, le *sentiment* et le *mouvement* sont affectés. Mais quelquefois les troubles de l'une de ces facultés sont plus prononcés, prédominants, et le vertige présente une plus grande intensité, soit par la force, soit par la durée de ces accidents particuliers.

Tel individu, au milieu d'un vertige prolongé, éprouve des *terreurs* que rien ne légitime. Tel autre a des *sensations* bizarres et assez persistantes, comme l'obnubilation de la vue, la sensation de phosphènes, celle de sons imaginaires; tel autre croit marcher sur du coton, ou s'imagine que le sol manque sous ses pieds. Mais le symptôme le plus commun est celui du *défaut d'équilibre* et la sensation de *mouvements*, soit du corps, soit des objets extérieurs. « Alors il semble aux malades que les objets qu'ils ont sous les yeux, comme le sol sur lequel ils s'appuient, sont, aussi bien qu'eux-mêmes, emportés dans un mouvement confus de rotation, ou d'élévation, ou d'abaissement alternatifs; tantôt, au contraire, cette impression morbide, beaucoup moins vive et en même temps moins prolongée, s'épuise dans

un sentiment intime d'instabilité, de nutation imaginaire, comme dit Sauvages, qui inspire aux malades la crainte de tomber. Dans ce dernier cas, il suffit à la personne qui éprouve cette sensation de s'appuyer sur un objet quelconque pour que le vertige cesse à l'instant même, au moins en très peu de temps. Souvent les vertigineux croient que leur tête vascille, et qu'elle est peu adhérente à leur cou. Dans les cas que nous venons de rapporter, les malades éprouvent des vertiges pendant qu'ils sont dans la station ; mais la sensation vertigineuse, au degré où nous l'étudions en ce moment, peut également se produire, et se produire même exclusivement dans d'autres situations du corps. Ainsi, telle est cette disposition, chez certaines personnes, que, dans le lit même, et dans la position la plus parfaitement horizontale, et les yeux ouverts ou serrés, mais fermés surtout, elles éprouvent très énergiquement la sensation vertigineuse. Il leur semble alors que le lit est emporté par un mouvement plus ou moins rapide, dans un sens ou dans un autre. Il est des malades qui, s'ils se levaient alors, verraient augmenter leurs vertiges jusqu'au point de tomber peut-être : mais cela n'est pas toujours ; pourvu qu'ils se lèvent avec précaution et s'orientent, si je puis ainsi dire, la disposition vertigineuse disparaît pour ne plus revenir, ou au moins pour ne revenir qu'à une époque plus ou moins éloignée. Une circonstance dans laquelle on voit encore assez souvent survenir le vertige simple, c'est quand une personne, prédisposée à cet accident, se tient, pendant plus ou moins longtemps accroupie et la tête penchée en avant : si elle se relève brusquement, il est presque immanquable qu'elle éprouve la sensation vertigineuse avec assez d'intensité. Y a-t-il plus qu'une analogie apparente entre le vertige qui se produit dans le cas que je viens d'indiquer, et celui que divers auteurs ont vu également survenir à la suite d'un réveil brusque et d'un lever immédiat ? Je me contenterai d'en poser la question.

» Dans des cas plus graves encore, le malade, sous l'empire du vertige, est saisi de frayeur ; la face pâle, le regard inquiet, il ne fait plus entendre que des paroles entrecoupées ; il appelle du secours, il étend les bras pour chercher un point d'appui ; s'il le rencontre, il s'y cramponne avec force. Même arrivé à ce point, la sensation vertigineuse peut se dissiper peu à peu, et ne pas aboutir à une manifestation plus grave encore. A un degré plus intense, le malade, de plus en plus effrayé, malgré le sentiment toujours persistant de l'erreur de ses sensations, ne voit bientôt plus les objets que comme au travers d'un voile, ou bien il voit se succéder rapidement devant ses yeux diverses illusions, des phosphènes lumineux, ou bien il éprouve les accidents de l'hémiopie ou de diplopie, et il tombe, mais il tombe volontairement, si je puis ainsi dire, pour bien distinguer cette chute de la projection épileptique et même de celle de l'apoplexie. C'est qu'en effet, malgré l'apparente gravité des symptômes, le malade ne perd pas connaissance. Si, dans quelques cas, cette perte de connaissance arrive, je crois que cet accident devrait être considéré comme l'effet de la terreur plutôt que comme le fait même du trouble fonctionnel cérébral qui constitue le vertige. C'est de même à l'intervention de cet élément moral dans l'affection vertigineuse que l'on doit attribuer, si cela se rencontre quelquefois, *le désordre plus ou moins grand dans les idées* dont parle Sandras. Pour justifier cette interprétation, je dirai que les cas où le vertige arrive à ce haut degré d'intensité, sans que ces apparences plus effrayantes que périlleuses lui donnent plus de gravité, sont surtout ceux où on le voit survenir chez

les hypochondriaques, dont tous les accidents grandissent en proportion de leur préoccupation lypémaniaque, ou bien ceux où il est déterminé par une impression morale vive, imprévue. Dans le vertige nautique on observe également parfois quelques aberrations des sens, mais jamais le délire, à moins de complications.

« Quoi qu'il arrive à cet égard, quand le mal arrive à ce degré, la circulation générale, qui reste calme dans le vertige simple, s'émeut sous l'influence d'une innervation aussi profondément troublée ; le pouls s'accélère, sans que la température de la peau paraisse s'élever en proportion de cette accélération de la circulation (1). » Il est rare que des nausées et des vomissements se manifestent, si ce n'est dans le vertige sympathique de la dyspepsie.

Vertige sympathique.—Il est nécessaire de donner une description particulière de cette espèce, parce que l'affection qui cause sympathiquement le vertige et le vertige lui-même confondent leurs symptômes propres, et forment un tout complexe, dont il est souvent difficile de bien isoler les éléments. Nous ne décrirons que le *vertige par dyspepsie* ou *vertige stomacal* (*à stomacho læso*), parce que c'est la seule forme qui ait été bien étudiée.

Le vertige stomacal présente deux variétés, suivant qu'il provient d'excès ou d'abstinence.

La première, qui dérive de la dyspepsie par excès d'aliments et de boissons (*dyspepsia à crapula*), présente les symptômes suivants : « Les fonctions digestives, dit M. le professeur Trousseau (2), sont préalablement troublées ; il y a un sentiment de chaleur inusitée, d'ardeur à l'épigastre, des éructations acides, non nidoreuses, de la constipation ou de la diarrhée, et, du côté de l'appareil nerveux, des étourdissements, qui se traduisent ordinairement de la façon suivante. Le malade reste-t-il dans l'immobilité, il n'éprouve rien ; mais veut-il regarder au-dessus de lui, aussitôt tous les objets semblent tourner, et, à ce moment même, il survient des maux de cœur ; il n'a alors qu'à incliner la tête en bas, à fermer les yeux, à rester immobile pendant une minute, et tout disparaît. S'agite-t-il brusquement pour regarder ce qui se passe derrière lui, le vertige, les maux de cœur, les vomissements apparaissent. Est-il couché, a-t-il un sommeil agité, un rêve pénible qui lui fasse faire de rapides mouvements, le lit tournera de haut en bas, dans le sens vertical, et le malade, comme à la broche, croira décrire un cercle rotatoire. Passe-t-il dans une rue où il se trouve un mur grillagé, une longue file de barreaux ; entre-t il dans une antichambre aux tentures bariolées de lignes verticales un peu miroitantes ; ses yeux viennent-ils à se fixer sur des étoffes glacées, enluminées de couleurs vives et représentant des groupes de fleurs très voyantes, les nausées et les accès vertigineux manqueront rarement. Le malade se baisse-t-il en ployant son corps, rien de semblable ne se manifeste, alors même que la face se serait injectée et que les veines du front seraient devenues très saillantes ; mais vient-il à se relever et à regarder en haut, le vertige apparaît presque infailliblement. Le mal de cœur, dans tous les cas, est intolérable... »

Le vertige peut se présenter toutes les fois qu'il existe un état morbide de l'estomac, même un simple état saburral. M. le docteur Chapelle (d'Angoulême) a décrit

(1) Max Simon, *Mémoire cité*, passim.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, loc. cit.

à l'occasion du vertige stomacal. On trouvera dans le mémoire de ce dernier auteur des renseignements très intéressants sur la méthode à suivre pour arriver à reconnaître le point de départ du mal.

Le *pronostic* est entièrement subordonné à la gravité de l'état général ou local qui a déterminé le vertige. Ce phénomène morbide est rarement durable, et l'on doit le considérer comme habituellement accidentel; néanmoins, s'il est lié à la dyspepsie, il peut se prolonger pendant plusieurs mois.

§ VII. — Traitement.

Le vertige n'a-t-il duré qu'un instant, il faut, avant tout, rassurer le malade, qui est en général porté à s'exagérer la valeur de cet accident. Des boissons légèrement excitantes, des cordiaux, seront ordonnés avec raison. Si le vertige tend à devenir habituel, il faut modifier la constitution, et pour cela il convient de s'adresser à l'hygiène, au régime. S'il s'agit d'un simple embarras gastrique, un vomitif administré à propos et avec mesure fera disparaître les accidents. Si c'est une dyspepsie habituelle qui est la cause du vertige, la médication alcaline, l'usage des eaux contenant du bicarbonate de soude, l'emploi des toniques, du quinquina, conviendront dans la plupart des cas.]

ARTICLE V.

NERVOSISME OU ÉTAT NERVEUX.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'état nerveux dont nous parlons a été connu de tout temps, mais n'a point été décrit avant l'époque moderne. On l'a désigné d'abord sous le nom de *cachexie nerveuse* (Lorry, Rob. Whytt), ou *marasme nerveux*, *fièvre nerveuse* (Sandras), *affection vaporeuse* (Pomme), *vapeurs* (Lange), *hystéricisme* (Cullen), *névropathie* (Malcolm Flemines), *névropathie générale* (Fleury) ou *protéiforme* (Cerise); le mot *diathèse nerveuse* a été également employé; enfin, M. E. Bouchut a appelé cette affection *nervosisme* dans un récent mémoire encore inédit et dans lequel nous avons puisé largement pour faire cet article (1).

D'après M. Bouchut, le nervosisme, qui peut se montrer partout sous la forme d'un trouble fonctionnel de la vie de relation ou de la vie végétative, est une névrose protéiforme dont on peut dire ce que disait Mead de l'hypochondrie : *non unam sedem habet, sed morbus totius corporis est.* Cette névrose a été et est encore confondue le plus souvent avec l'hystérie et l'hypochondrie. On y trouve, d'après M. Bouchut, de la paralysie, de la contracture, des convulsions toniques et cloniques, des spasmes, des syncopes, des névralgies et viscéralgies, des troubles de l'intelligence et des sens, etc.... « Et il n'y a que la manière dont apparaissent, se développent et se succèdent ces phénomènes morbides, qui puisse en révéler la véritable nature. » Il est certain que les meilleurs auteurs, Sydenham entre autres, ont attribué à l'hypochondrie et à l'hystérie les phénomènes nerveux dont il est

(1) En attendant la publication de l'ouvrage de M. Bouchut, consultez *Rapport à l'Académie de médecine* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 467 et suiv.).

ici question, et que les traités de pathologie n'ont point contenu jusqu'ici d'article spécial sur l'état nerveux. Nous pensons que le lecteur trouvera ici, sinon la démonstration que le nervosisme a droit à une place considérable dans la nosologie, à titre d'espèce morbide nettement déterminée, du moins des preuves suffisantes de l'existence d'une affection nerveuse digne d'être décrite à part et étudiée plus qu'elle ne l'a été jusqu'ici. Le nervosisme est nécessairement chronique, dans l'immense majorité des cas ; néanmoins il se rencontre quelquefois à l'état aigu.

§ II. — Causes.

Toutes les causes qui peuvent accroître la prédominance du système nerveux favorisent l'apparition du nervosisme.

Sexe. — Les femmes y sont manifestement plus prédisposées que les hommes, et les circonstances qui font naître chez elles les manifestations de l'affection sont : la puberté, les époques menstruelles, la ménopause, la grossesse. Les dispositions morales tristes paraissent jouer ici un rôle considérable.

Troubles fonctionnels divers et maladies y prédisposant. — Il faut noter en première ligne l'anémie et l'état cachectique résultant d'une débilitation de l'organisme par défaut de nutrition ; aussi la gastralgie, la dyspepsie et surtout l'inanition sont-elles des causes de nervosisme. L'inanition avec fièvre serait une sorte de nervosisme aigu. Les pertes séminales, et en général toutes les maladies chroniques, telles que la syphilis, la tuberculisation, etc., peuvent amener le nervosisme.

§ III. — Symptômes.

Forme chronique. — Quelle que soit la cause prédisposante ou déterminante de l'affection, qu'elle soit considérée comme idiopathique ou comme symptomatique, voici, dit M. Bouchut, quels en sont les symptômes les plus constants : « Les malades arrivent par degrés à un état de souffrance très vive caractérisée par de l'agacement, une grande irritabilité d'humeur et de caractère, la perversion des sentiments instinctifs, l'exaltation de l'intelligence, la tristesse, la mélancolie ou, au contraire une gaieté folle. Ils dorment mal, et leur sommeil est agité par des rêves pénibles. Leur faiblesse musculaire est excessive, cependant le danger, le plaisir ou le dévouement leur donnent l'occasion de déployer une activité musculaire incroyable. Chez quelques-uns se voient de la contracture passagère, des spasmes, et même de la paralysie partielle. Ils se plaignent de malaises, d'horripilations fréquentes, de froid ou de chaud, de douleurs vagues circonscrites ou générales, quelquefois de migraines ou de névralgies superficielles ou profondes extrêmement pénibles. Leur tête est lourde, se fatigue au moindre exercice intellectuel. Ils ont des étourdissements, des vertiges, des défaillances, des syncopes, et les organes du toucher, de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, présentent de nombreux troubles fonctionnels variant de l'excitation à la paralysie. Les fonctions digestives sont languissantes ou fortement dérangées dans leur exercice par la gastralgie, les flatuosités, les vomissements, la constipation, et plus rarement la diarrhée. » Lorsque les choses sont poussées à l'extrême, les malades tombent dans le marasme et l'hypochondrie.

Nervosisme aigu. — Nous ne savons jusqu'à quel point on peut fai-

affection séparée de cet état nerveux, véritable fièvre nerveuse résultant, soit des progrès d'une maladie aiguë, fièvre ou pyrexie, soit d'une gastralgie, soit d'une dyspepsie, et caractérisé par la sécheresse de la peau et des muqueuses, l'acidité de l'haleine, l'agitation, la chaleur brûlante, le délire, etc.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Lorsque le nervosisme est le fait d'une dyspepsie avec fièvre, ainsi que M. Chomel en a rapporté un ou deux exemples, la durée totale est courte, et ne dépasse pas deux mois. La durée du nervosisme aigu, symptomatique, peut être très courte, on le comprend facilement. Le nervosisme qui résulte des suites d'une maladie aiguë ou qui est lié à un état transitoire de l'économie, peut avoir une durée médiocre. Il n'en est pas de même lorsque l'économie est profondément atteinte par quelque affection organique ou par une maladie chronique. Le nervosisme alors se fait continuellement sentir, dit M. Bouchut, « tout en laissant à ses victimes une assez grande liberté d'action ; puis, sous l'influence de causes variables, à l'occasion d'un paroxysme, la fièvre devient continue ou rémittente, l'appétit cesse, les forces déclinent, l'amaigrissement se prononce, et les malades, obligés de garder le lit, tombent peu à peu dans le marasme, et finissent par succomber à l'inanition ou à quelques complications viscérales ultimes... »

§ V. — Lésions anatomiques.

Il n'existe pas de lésions propres au nervosisme; un grand nombre de lésions diverses peuvent se rencontrer à l'autopsie des personnes qui ont succombé après avoir présenté l'état nerveux. Nous rappelons ce que nous avons dit, que les phthisiques et les dyspeptiques sont plus que d'autres sujets au nervosisme.

§ VI. — Traitement.

M. Bouchut formule ainsi qu'il suit les prescriptions thérapeutiques :

1° Nécessité d'un traitement hygiénique et moral.

2° Indication de combattre les états morbides ayant donné naissance au nervosisme, et comprenant la chlorose, l'anémie, la pléthore, la syphilis, les entozoaires, les maladies organiques, etc.

3° Indication d'un traitement tonique destiné à fortifier l'organisme primitivement ou secondairement affaibli par les troubles du système nerveux.

4° Combattre les complications organiques qui peuvent se développer.

ARTICLE VI.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

Cette affection, contre laquelle la thérapeutique ne possède encore aucune ressource, et qui est par conséquent d'un intérêt secondaire pour le praticien, a été si peu étudiée, qu'en 1850, publiant la première observation qu'il ait pu recueillir, M. le docteur Aran pensa qu'elle n'avait encore fixé à aucun degré l'attention des médecins; mais bientôt des recherches plus multipliées lui firent voir qu'il n'en était pas ainsi. On trouve en effet, dans les auteurs, des cas évidents de cette affec-

tion et des réflexions qui prouvent que non-seulement l'atrophie avait été remarquée, mais encore que ses caractères extraordinaires n'avaient pas passé inaperçus. M. Aran cite, à ce sujet, un passage de Van Swieten (1) qui ne laisse aucun doute sur ce point.

C'est surtout dans les ouvrages d'Abercrombie (2) et de Charles Bell (3) que M. Aran a trouvé des indications précises. On pourra voir dans son mémoire l'analyse des faits qu'il a rencontrés dans ces auteurs, ainsi que de ceux qu'ont rapportés MM. Graves (4), Darwall (5), Cruveilhier (6). M. Darwall, en particulier, a réuni plusieurs cas qui l'ont frappé, et lui ont permis de tracer une description plus complète de la maladie. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Aran, l'auteur anglais n'ayant pas bien distingué cette atrophie musculaire de certaines paralysies rhumatismales ou hystériques, sa description a dû naturellement se ressentir de cette confusion, et il restait encore beaucoup à faire pour l'histoire de l'*atrophie musculaire progressive*. C'est la tâche que M. Aran (7) s'est imposée, et qu'il a remplie à l'aide de onze observations détaillées qui ne laissent aucun doute sur l'existence de cette affection particulière, dont j'ai vu plusieurs exemples à l'hôpital Sainte-Marguerite. Ajoutons que M. le docteur Thouvenet (8) avait déjà fait l'histoire de cette affection dans un mémoire déposé à l'administration, et qui lui a servi ensuite de thèse inaugurale. Il cite neuf observations, dont les principales sont les mêmes qu'a recueillies M. Aran.

[Nous devons dire, pour rendre hommage à la vérité, sans vouloir faire complétement l'historique de cette question, que M. Cruveilhier, avant que le travail de M. Aran eût paru, professait, dans son Cours d'anatomie pathologique, l'existence de la paralysie musculaire progressive, dont il rapportait plusieurs exemples observés par lui-même depuis un grand nombre d'années; aussi est-il juste d'attacher le nom de M. Cruveilhier à la description de cette maladie. M. Duchenne (de Boulogne) doit être cité pour les progrès qu'il a fait faire au diagnostic et au traitement de cette maladie par l'électricité (9).

§ 1. — Définition.

La maladie a été décrite en 1848 par M. Cruveilhier, dans son Cours, sous le nom de *paralysie graduelle du mouvement par atrophie musculaire;* par M. Aran, en 1850, dans un mémoire spécial, sous celui d'*atrophie musculaire progressive*, et par M. Thouvenet (thèse inaugurale), sous celui de *paralysie musculaire atrophique*. On peut voir, d'après ces dénominations, que deux interprétations de la maladie se sont présentées à l'esprit des observateurs : ou la maladie est une *para-*

(1) *Comment. in Boerhaavii Aphorism.*, t. III, p. 170.
(2) *Maladies de l'encéphale*, traduction de M. Gendrin, p. 622.
(3) *Sur le système nerveux*, p. 160.
(4) *Clinical Lectures on pract. med.*, t. I, p. 509.
(5) *Observation d'une espèce particulière de paralysie* (*London med. Gazette*, 1831, t. VII).
(6) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1853, t. VIII, p. 490, 546, et la discussion dans le sein de l'Académie, p. 592 et suiv.
(7) *Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire* (*atrophie musculaire progressive*) (*Archives générales de médecine*, septembre et octobre 1850).
(8) *De la paralysie musculaire atrophique*, thèse. Paris, 1851.
(9) *De l'électrisation localisée*. In-8, Paris, 1855.

lysie, car c'est une *atrophie*. M. Aran a le premier bien nettement posé la question, et l'a résolue avec raison, suivant toute probabilité, en niant que cette maladie eût aucun rapport avec les paralysies, opinion à laquelle M. Cruveilhier s'est rangé, pour certains cas, lorsqu'il a dit : « Cette paralysie progressive du mouvement, partielle ou générale, qui simule les paralysies par lésion de la moelle, a pour *siége*, pour point de départ, non la moelle épinière, non l'encéphale, mais bien les muscles eux-mêmes. La *nature*, la *cause organique* de cette paralysie, c'est une *atrophie musculaire*, atrophie poussée jusqu'à la destruction complète de la fibre musculaire, jusqu'à son remplacement par du tissu adipeux. Tout le temps qu'existera une fibre musculaire intacte, ou encore capable de contraction, l'action musculaire pourra s'exercer. Sans doute on rencontre l'atrophie musculaire à la suite des paralysies du mouvement par lésion des centres nerveux ; mais il y a cette énorme différence que, dans les paralysies ordinaires, l'atrophie musculaire est consécutive à la paralysie, tandis que, dans la paralysie dont il s'agit, l'atrophie est primitive ou idiopathique. » D'ailleurs, M. Duchenne (de Boulogne), comme M. Aran, n'admet aucunement l'assimilation de cette maladie à une paralysie, déclarant que la paralysie, quelque ancienne que soit la perte du mouvement, ne suffit pas pour produire à elle seule l'altération de texture, la transformation graisseuse des muscles. Il est vrai que M. Cruveilhier pense que, dans certains cas, l'atrophie musculaire n'est pas la cause organique première de la maladie, mais qu'elle n'est elle-même qu'un effet, dont la cause est dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, en sorte que la maladie peut être placée dans la classe des paralysies, sous le titre de *paralysie progressive du mouvement par atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux*.

Toute la théorie de la marche de la maladie se trouve dans le passage suivant de M. Cruveilhier : « Je regarde comme démontrée cette proposition que, dans la maladie qui nous occupe, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux est la lésion primitive, et l'atrophie musculaire la lésion consécutive, sans conclure en aucune façon que les racines antérieures contiennent, en même temps que les racines motrices, une classe particulière de nerfs que le scalpel n'a jamais démontrée, les *nerfs nutritifs*. Je me rends compte de l'atrophie musculaire d'une façon bien plus simple, en la rattachant au défaut d'action, cette grande cause de l'atrophie en général, et de l'atrophie musculaire en particulier. L'observation démontre, en effet, qu'à mesure que l'influx nerveux diminue dans un muscle, ce muscle s'atrophie en proportion de la diminution de son activité, et que l'atrophie devient complète, et cela très rapidement, lorsque toute action nerveuse a cessé. Voilà pourquoi la section d'un nerf propre à un muscle ou à un groupe de muscles exerce sur la nutrition de ce muscle ou de ce groupe de muscles, comme aussi sur leur paralysie, une action bien plus complète et bien plus rapide, parce qu'elle est plus directe que les lésions, aussi profondes qu'on puisse les supposer, du centre nerveux céphalo-rachidien. Ainsi, tout en acceptant le mot *atrophie*, M. Cruveilhier ne peut se décider à abandonner l'idée d'une *paralysie*. M. Aran n'hésite pas à déclarer que l'atrophie est démontrée, et que la paralysie ne l'est pas ; qu'au contraire il est démontré qu'il n'y a pas de paralysie. Quant aux cas dans lesquels on a trouvé une atrophie des nerfs moteurs, ils ne sont pas en proportion suffisante pour qu'on les fasse servir à édifier une théorie.

M. Duchenne se refuse également à admettre la paralysie. « *La contractilité électro-musculaire* conserve toujours son intégrité dans l'atrophie musculaire graisseuse progressive; elle ne diminue pas en raison directe du degré d'atrophie, comme on l'observe pour la sensibilité électro-musculaire; elle disparaît seulement quand la fibre musculaire est transformée » (passée à l'état graisseux). M. Aran fait remarquer que l'atrophie se montre dans certains muscles animés par un nerf, tandis que d'autres, qui ont le même influx nerveux, restent intacts, en sorte que cette explication ne paraît pas admissible, pour le plus grand nombre des cas du moins. Suivant M. Thouvenet, la lésion atteint les fibres nerveuses terminales une à une; puis elle gagne les cordons nerveux. Cette explication n'est guère susceptible de démonstration.

§ II. — Causes.

Les *causes* en sont obscures. Sur onze cas, M. Aran a vu l'affection se montrer neuf fois chez des hommes. Les hommes seuls ont présenté des cas d'atrophie étendue à la presque totalité des muscles de la vie de relation (atrophie musculaire généralisée). L'affection n'a encore été observée que *chez les adultes*, ainsi que l'a constaté M. Thouvenet. Le même auteur cite cinq cas dans lesquels les sujets étaient rhumatisants. Le docteur Romberg avait déjà fait la même remarque. M. Aran a remarqué que, dans plus de la moitié des cas, les sujets avaient fait des excès de travail, et, chose digne de remarque, que c'était particulièrement par les muscles qui avaient supporté les grandes fatigues occasionnées par ces excès de travail, que l'atrophie avait commencé. On a des raisons de croire que certaines professions, comme celle de saltimbanque, prédisposent à la maladie.

On ne saurait nier l'action des causes traumatiques. L'un de nous a vu une atrophie musculaire de tous les muscles de la partie supérieure du tronc survenue chez un jeune homme de vingt ans, laboureur, qui avait été traîné par ses chevaux sous un de ces rouleaux pesants qui servent à niveler la terre labourée. Nul doute que, dans un certain nombre de cas, des violences directes ne puissent déterminer l'atrophie musculaire progressive. La plupart des causes connues, dit M. Duchenne, sont seulement occasionnelles. Dans un grand nombre de cas, on voit l'atrophie musculaire se développer sans cause connue, ou sous l'influence d'une prédisposition héréditaire (?).

La *fréquence* de cette affection ne saurait être déterminée encore, les faits connus jusqu'ici étant trop peu nombreux. On peut dire cependant qu'elle est assez fréquente, et qu'il en existe constamment des cas dans plusieurs des services d'hôpitaux de la capitale. M. Duchenne (de Boulogne) dit en avoir vu une dizaine de cas chez des personnes de la classe riche ou aisée, en moins d'une année.]

§ III. — Symptômes.

Symptômes. — L'atrophie musculaire progressive commence presque toujours dans les membres supérieurs, et plus souvent dans le membre supérieur droit que dans le gauche. Ce n'est pas toujours par le même point de ces membres qu'elle débute : c'est tantôt par les muscles de l'épaule et de la partie supérieure du tronc, tantôt par ceux des bras et des avant-bras, tantôt, et le plus souvent, par les muscles de la main. Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que l'atrophie est bi

loin d'atteindre à la fois toute une masse musculaire. Il est fréquent, au contraire, de voir, à côté d'un muscle atrophié et presque réduit à rien, un muscle qui a conservé son volume normal ; bien plus, on voit parfois, dans les muscles larges, composés de faisceaux distincts et ayant des fonctions différentes, un de ces faisceaux très notablement atrophié, tandis que les autres ont conservé en tout ou en partie leur volume naturel. M. Aran a recherché quels sont les muscles qui s'atrophient le plus souvent et le plus complétement. Le lecteur trouvera dans son mémoire des détails intéressants.

Le premier symptôme éprouvé par le malade est la *faiblesse du membre*. Cette faiblesse augmente progressivement, et est surtout marquée dans les efforts qui exigent la contraction des muscles atteints.

Presque en même temps, les sujets s'aperçoivent que le membre qui est le siége de la maladie perd de son volume dans une partie plus ou moins étendue : ainsi, chez certains, l'éminence thénar ou hypothénar diminue et finit par disparaître ; chez d'autres, c'est le deltoïde, etc., etc. De là non-seulement la gracilité du membre, mais encore un défaut de proportion très remarquable dans les parties.

Plus tard l'atrophie gagne d'autres muscles où elle se comporte de la même manière, et c'est ainsi qu'on voit un membre entier, et même la plus grande étendue du corps réduite à une émaciation toute particulière.

M. Thouvenet a cité un cas dans lequel le sujet ne pouvait remuer que la tête, et faiblement. La langue elle-même était atteinte, et la déglutition des liquides était difficile.

[Il y a des cas dans lesquels la mort des muscles, l'atrophie, semble frapper toute une région, tout un appareil musculaire, d'emblée et symétriquement : ainsi tous les muscles élévateurs et moteurs des omoplates et des épaules peuvent être atteints, et la maladie peut marcher non de l'un à l'autre, mais en les attaquant tous à la fois, de sorte que le dépérissement assez rapide de tout cet appareil musculaire amène un changement brusque et des plus caractéristiques dans la forme du corps. On voit alors les malades marcher en supportant en équilibre le haut du corps, les épaules tombant en avant, les bras se balançant et retombant inertes, les omoplates faisant saillie comme deux ailerons ; d'autres fois ce sont les muscles du cou, et la tête s'incline, tombe. Ailleurs ce sera une atrophie latérale, et tout un côté du corps sera traîné à la remorque de l'autre. Lorsque les malades sont nus, on est effrayé de l'émaciation des parties atrophiées ; le squelette se dessine, tandis qu'en d'autres parties l'embonpoint est conservé. On n'a jamais observé d'atrophie de tous les muscles du corps. Le siége de prédilection, pour ainsi dire, de la maladie est dans les muscles interosseux de la main. M. Cruveilhier cite un cas dans lequel le diaphragme était complétement atrophié.]

M. Aran a constaté qu'en même temps que les muscles atrophiés perdent de leur volume, ils cessent de présenter la résistance propre à la fibre musculaire, ce qui lui fait admettre qu'il y a transformation de cette fibre en tissu cellulo-fibreux. Lorsque la lésion est portée à ce degré, les mouvements des muscles affectés, qui jusque-là avaient été simplement affaiblis, sont entièrement abolis.

Pendant que l'atrophie fait des progrès, il se passe dans les muscles atteints des phénomènes très remarquables : ce sont d'abord des *contractions fibrillaires* qui sont très variables quant à leur nombre et à leur continuité. Quelquefois, en effet,

elles se reproduisent presque constamment, et d'autres fois il faut observer le malade pendant un certain temps pour en apercevoir quelques-unes. Chez le sujet que j'ai observé, et qui avait le bras et la cuisse gauche atrophiés, les contractions étaient continuelles dans la cuisse. Ces contractions consistent en des espèces de palpitations, d'ondulations, parcourant l'étendue des parties atteintes d'atrophie. Elles n'occasionnent aucune douleur; elles se produisent sans aucune espèce d'excitation, et augmentent seulement dans les positions fatigantes.

Les malades éprouvent aussi des *crampes*, qui ne diffèrent en rien, suivant M. Aran, de celles qu'on observe dans les autres maladies. Elles se montrent principalement au début. Il y a en outre des *soubresauts* des tendons, qui résultent des contractions involontaires des muscles affectés.

[Il est inutile de dire que cette maladie est de nature à entraver la vie, à jeter les malades dans le découragement et à entraîner des désordres des plus graves. Tout exercice devient impossible, et par suite la santé s'altère; si les muscles atrophiés sont les muscles servant à la respiration, la mort par asphyxie pourra survenir. Nous ne pouvons nous refuser à insérer ici textuellement ce remarquable passage dans lequel M. Cruveilhier donne de cette maladie un tableau saisissant:

« Le caractère fondamental, la caractéristique clinique de cette maladie, c'est la coïncidence de la paralysie du mouvement avec l'intégrité parfaite de la sensibilité générale et spéciale, l'intégrité de l'intelligence et l'intégrité de toutes les fonctions nutritives. Aucune autre espèce de paralysie n'est plus exclusivement limitée au mouvement. Un seul système d'organes est atteint, le système musculaire, une seule fonction, la locomotion. Et s'il m'était permis de parler un langage figuré, mais qui rend parfaitement ma pensée, je dirais que les malheureux affectés de cette maladie parvenue à son apogée réalisent cette fiction du Tasse, qui nous représente les arbres de sa forêt enchantée, dont chacun était une créature humaine métamorphosée, sensible à tous les coups qui leur étaient portés sans pouvoir s'y soustraire, et ne pouvant exprimer leur douleur autrement que par de sourds gémissements. »

Cette peinture pittoresque en dit plus que toutes les descriptions de détail.

§ IV. — Lésions anatomiques.

On n'a pas trouvé de lésion anatomique des centres nerveux correspondante aux lésions de nutrition des muscles. C'était dans les faisceaux antérieurs de la moelle épinière que devaient, suivant la théorie, se rencontrer des altérations. On n'a rien observé qui permette d'accorder le fait avec la théorie. Les autopsies faites récemment avec le plus grand soin, par M. Cruveilhier et par d'autres médecins, n'ont donné à cet égard que des résultats négatifs. Cependant, bien que ni la moelle épinière elle-même ni ses enveloppes n'aient présenté jusqu'ici aucune altération spéciale se rapportant à l'atrophie musculaire, il n'en est pas moins certain que les nerfs moteurs participent à l'atrophie des muscles, ainsi que l'a montré M. Cruveilhier.

Voici comment s'exprime à cet égard l'éminent professeur : « L'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique se compose de trois éléments :

» D'un premier élément qui est négatif, c'est l'intégrité parfaite de la partie centrale du système nerveux.

» D'un deuxième élément, l'atrophie des racines antérieures, coïncidant avec l'intégrité parfaite des racines postérieures.

» D'un troisième élément, l'atrophie des muscles paralysés. »

Le résultat des études anatomiques entreprises par divers auteurs, MM. Cruveilhier et Gaillet, Mandl, Edward Meryon (1), a été de montrer que l'atrophie musculaire présentait les phases suivantes : au point de vue de l'ensemble de la masse musculaire, la diminution est telle que, en peu de temps, en quelques mois, les plus grosses masses musculaires disparaissent et que le squelette apparaît sous la peau.

L'anatomie faite à l'aide du microscope montre ce qui suit. Les faisceaux musculaires pâlissent, et entre les stries apparaissent des granulations moléculaires. La couleur jaune augmente et les stries disparaissent, et le cylindre finit par ne plus contenir que des granulations graisseuses. Ces cylindres eux-mêmes peu à peu s'amincissent, s'atrophient ou disparaissent même complétement. Quant aux cas dans lesquels il y avait altération des racines antérieures des nerfs, voici ce que l'on a constaté : une diminution considérable du volume des faisceaux nerveux, qui quelquefois sont réduits à leur névrilème, par suite de la disposition complète de la substance nerveuse.]

§ V. — Marche, durée.

La *marche* de la maladie est essentiellement envahissante. Il est rare qu'elle reste limitée à un membre ou à une de ses parties. Lorsqu'elle paraît ainsi limitée, il est bien à craindre qu'il n'y ait qu'un temps d'arrêt. M. Aran a remarqué que lorsque l'affection se montre aux membres inférieurs, elle a plus de tendance à se généraliser. Il en résulte que l'*atrophie partielle* ne doit être regardée que comme un *premier degré de la maladie*. La *durée* de cette affection est illimitée.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

L'atrophie se distingue des *paralysies* en ce que, dans celles-ci, *le mouvement volontaire est plus ou moins complétement aboli*, tandis que dans celle-là il n'y a, tant qu'il reste quelques fibres musculaires, qu'un *affaiblissement* plus ou moins grand de ce mouvement volontaire. En d'autres termes, le muscle dans les paralysies a la force d'exécuter les mouvements, mais il n'obéit pas ou obéit mal, tandis que dans l'atrophie il obéit bien, mais la force manque.

La galvanisation, telle que la pratique avec tant d'habileté M. Duchenne) de Boulogne), peut être d'un grand secours pour ce diagnostic. En effet, sous son influence, l'irritabilité musculaire se produit dans l'atrophie, comme dans les paralysies rhumatismales et hystériques, mais elle est plus faible, parce que les fibres musculaires sont devenues plus rares et plus faibles. Dans la paralysie saturnine et celle qui a pour cause la lésion d'un nerf, l'irritabilité musculaire est au contraire détruite.

Le *pronostic* est fâcheux, puisque cette atrophie réduit les membres à l'impuis-

(1) *Medico-chirurgical Transactions*, 1852.

sance et constitue une infirmité incurable ; mais jusqu'à présent il a fallu une affection incidente pour enlever les malades : ce qui prouve que l'atrophie ne menace pas l'existence par elle-même.

§ VII. — Traitement.

Je dois me borner à reproduire ici le passage suivant du mémoire de M. Aran, on y verra qu'il n'y a pas grand'chose à attendre du traitement.

« J'ai peu de chose à dire à cet égard, et rien de bien satisfaisant, je l'avoue. J'ai vu, chez plusieurs des malades précédents, employer des traitements très divers, et en particulier les moyens locaux et généraux employés dans le traitement de la paralysie ; je n'ai jamais vu rétrograder l'affection, heureux quand on est parvenu à la rendre stationnaire. A cet égard, le *galvanisme seul*, employé exclusivement sur les muscles affectés, c'est-à-dire par la *méthode localisée* (Duchenne), m'a paru avoir quelque efficacité en donnant de la force aux malades, en diminuant les crampes, les soubresauts des tendons et les contractions fibrillaires ; mais il n'a pas procuré la guérison, et lorsque les malades sont sortis de l'hôpital, se croyant mieux, et ont repris leurs travaux, ils sont rentrés quelques mois après dans un état plus grave, avec une atrophie plus considérable des muscles affectés et plus étendue qu'elle ne l'était à leur sortie. » Deux faits rapportés par M. Thouvenet (obs. 4 et 6) tendent néanmoins à faire regarder l'affection comme susceptible de guérison dans un petit nombre de cas : les malades avaient été traités par l'*électricité*. Les récentes expériences de M. Duchenne montrent qu'en effet l'électrisation peut arrêter la marche de la maladie ; aussi faut-il avoir recours à ce moyen tout d'abord.

LIVRE QUATRIÈME.

Maladies des centres nerveux et des nerfs.

[Bien que les névroses rentrent dans les maladies du système nerveux, elles sont essentiellement distinctes des maladies des centres nerveux. En effet, les névroses pures consistent uniquement dans des troubles des grandes fonctions départies au système nerveux, sans aucune trace de lésion matérielle appréciable dans le cerveau et dans la moelle. Nous aurons achevé d'établir la distinction entre les névroses et les maladies de l'axe nerveux céphalo-rachidien, en ajoutant que les premières sont ordinairement apyrétiques, de longue durée, irrégulières et intermittentes dans leur marche.

Ces différences nous ont mis dans la nécessité d'étudier les névroses dans une division particulière de cet ouvrage, et c'est ce que nous avons fait dans le livre précédent. Il ne nous reste donc plus à étudier que les affections de l'axe nerveux cérébro-spinal. Nous décrirons, en conséquence, successivement les *maladies des méninges cérébro-spinales*, les *maladies des centres nerveux crâniens*, et enfin celles de la *moelle épinière ;* dans un article accessoire nous traiterons de la *névrite*, qui ne saurait trouver place ailleurs.]

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

Les maladies de l'encéphale sont trop fréquentes et trop graves pour que, dès les premiers temps de la médecine, on n'ait pas cherché à les étudier avec le plus grand soin ; mais que de difficultés offrait une semblable étude avant l'époque où l'on à commencé à rechercher sur les cadavres les causes organiques des symptômes observés pendant la maladie ! Presque toutes les affections cérébrales ont de nombreux points de ressemblance entre elles, et, par conséquent, la plus grande confusion devait exister sur ce point de la pathologie. D'un autre côté, certaines affections dont le siége est plus ou moins éloigné de la tête donnent lieu à des symptômes cérébraux souvent fort intenses, et l'on a été nécessairement exposé à placer dans l'encéphale des maladies dont le siége était ailleurs. C'est ainsi, par exemple, que bien des cas cités par les auteurs sous le nom de *fièvre cérébrale* n'ont jamais présenté la moindre lésion du cerveau, tandis que d'autres organes (les intestins, les poumons, les veines) en offraient de très réelles et de très graves.

Les premiers travaux d'anatomie pathologique vinrent jeter quelque jour sur cette partie si obscure de la pathologie, et c'est principalement l'hémorrhagie cérébrale qu'on commença à connaître moins imparfaitement ; mais, même sur cette

maladie, les notions des médecins restèrent assez vagues jusqu'aux deux premières années de ce siècle, où parurent des études importantes que je signalerai plus loin. Vinrent ensuite les recherches sur le *ramollissement cérébral*, étudié d'abord par M. Rostan (1), puis par plusieurs observateurs jusqu'à MM. Durand-Fardel (2) et Calmeil (3), qui nous ont donné les travaux les plus complets que nous possédions sur cette maladie. Récemment ont paru des recherches intéressantes sur l'hémorrhagie des méninges, et enfin on a porté les investigations sur tous les points de la pathologie de l'encéphale. Et cependant combien de points obscurs n'aurons-nous pas encore à signaler dans les descriptions qui vont suivre !

Je divise les maladies de l'encéphale en deux sections. Dans la première, j'étudierai les maladies des *méninges cérébrales*, et, dans la seconde, je ferai l'histoire des *maladies du cerveau, du cervelet et de la protubérance annulaire*. Les affections qui occupent à la fois la cavité encéphalique et la cavité rachidienne, comme la méningite cérébro-spinale, dont nous avons vu dans ces derniers temps des épidémies si curieuses, me serviront ensuite de transition pour passer aux *maladies de la moelle*.

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES DES MÉNINGES.

Parmi les affections si difficiles à étudier dont nous avons à nous occuper dans ce chapitre, il n'en est assurément pas qui offrent plus de difficultés que celles qui ont pour siége les méninges. Aussi l'histoire de la plupart de ces affections est-elle toute récente. Le lecteur ne devra, par conséquent, pas être étonné de voir rarement des recherches anciennes être mentionnées dans cette section.

Parmi les affections des méninges cérébrales, il n'en est que quatre qui méritent une description bien détaillée : ce sont l'*hémorrhagie méningée*, la *méningite* ou *arachnitis*, l'*hydrocéphale chronique*, la *tuberculisation des méninges* ou *méningite tuberculeuse*. Les autres n'ont qu'une importance très secondaire, surtout pour le praticien. Je vais les passer successivement en revue.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE DES MÉNINGES CÉRÉBRALES.

Il suffit d'un simple coup d'œil jeté sur les travaux, d'ailleurs très intéressants, publiés dans ces dernières années par MM. Baillarger (4), E. Boudet (5), Legendre (6), Prus (7), pour s'assurer que beaucoup d'obscurité règne encore sur l'histoire de

(1) *Recherches sur le ramollissement du cerveau*. Paris, 1820.
(2) *Traité sur le ramollissement du cerveau*. Paris, 1843, in-8.
(3) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859.
(4) *Du siége de quelques hémorrhagies des méninges*, thèse. Paris, 1837.
(5) *Mémoire sur l'hémorrhagie des méninges* (*Journal des connaiss. médico-chirurg.*, novembre 1838 et février 1839).
(6) *Mémoire sur les hémorrhagies dans la cavité de l'arachnoïde* (*Rech. anat.-path. et clin. sur quelques maladies de l'enfance*, Paris, 1846).
(7) *Mémoire sur l'apoplexie méningée* (*Mém. de l'Acad. royale de médecine*, Paris, 1845, t. XI, p. 18 et suiv.).

cette affection, dont, ainsi qu'on va le voir, les symptômes manquent très souvent de précision.

Prus a soigneusement distingué l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne de l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne; dans la description suivante, et surtout à l'occasion des symptômes et du diagnostic, j'indiquerai les résultats auxquels l'a conduit l'analyse des faits qu'il a observés.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom d'*hémorrhagie des méninges* à tout épanchement de sang qui a son siége soit dans l'intérieur de la cavité arachnoïdienne, soit sous l'arachnoïde, et dans les mailles de la pie-mère. On voit que, dans cette définition, je ne mentionne pas les épanchements sanguins entre la dure-mère et l'arachnoïde; je ne le fais pas, parce que les dernières recherches ont démontré que ces épanchements n'existent réellement pas, et qu'une fausse membrane, promptement organisée, a été prise, dans les cas où l'on a cru trouver cette espèce d'hémorrhagie, pour l'arachnoïde décollée. Je n'ai pas davantage indiqué l'hémorrhagie qui peut avoir son siége entre la dure-mère et le crâne, parce que, s'il est vrai qu'on ait cité quelques cas de ce genre, il y a en pareille circonstance hémorrhagie extra-méningienne et non méningienne, et que ces cas rares, se montrant presque toujours à la suite de lésions plus ou moins graves du crâne, sont plutôt du domaine de la chirurgie que de celui de la médecine.

Les principales dénominations données par les auteurs à l'hémorrhagie des méninges sont les suivantes: *apoplexie méningée*, *méningorrhagie*, *hémorrhagie arachnoïdienne*.

L'hémorrhagie des méninges n'est pas une affection fréquente, à beaucoup près. Nous en possédons maintenant, il est vrai, un assez grand nombre d'observations; mais on en trouve facilement la raison dans l'empressement avec lequel on a recueilli les faits qui se sont présentés dans ces dernières années, surtout dans les hôpitaux d'enfants et de vieillards.

§ II. — Causes.

Les causes de cette hémorrhagie sont très obscures. Prus a renoncé à en parler dans son mémoire; Boudet n'a trouvé, en analysant ses faits, qu'une circonstance digne de remarque: c'est l'influence des saisons; et M. Legendre, qui s'est occupé de ce point de l'histoire de la maladie, n'est arrivé qu'à des résultats de médiocre importance, que je vais néanmoins mentionner.

1° Causes prédisposantes.

Age. — L'âge paraît avoir une influence très marquée sur la production de la maladie; car nous voyons que les travaux principaux ont été publiés, d'une part, par les médecins qui ont observé les maladies chez les *vieillards*, et de l'autre par des auteurs qui se sont spécialement occupés des maladies de l'*enfance*. Ce sont donc les deux extrêmes de la vie qui offrent le plus grand nombre de cas d'hémorrhagie des méninges, et ce n'est assurément pas le seul trait de ressemblance que présente la pathologie de ces deux points opposés de l'existence.

M. Legendre a, de plus, constaté que, dans le jeune âge, cette maladie se manifeste presque exclusivement chez des enfants n'ayant pas plus de trois ans; car, sur deux cent quarante-huit autopsies, il n'en a pas trouvé un seul exemple passé cette époque. Cependant cet auteur est loin de nier la possibilité de cette hémorrhagie à un âge un peu plus avancé, et, en effet, MM. Rilliet et Barthez (1), ainsi que quelques autres observateurs, ont cité des faits observés sur des sujets âgés de dix à quatorze ans : ce qu'il y a de certain, c'est que l'affection devient excessivement rare après la première enfance, et ne prend une nouvelle fréquence que pendant la vieillesse.

M. Legendre a recherché si le *volume exagéré de la tête* pouvait être une prédisposition aux hémorrhagies des méninges; mais les faits ne lui ont fourni que des documents très insuffisants sur ce point.

E. Boudet n'a, comme je l'ai dit plus haut, trouvé digne d'être signalée que l'influence des *saisons*. Sur trente-deux cas, il a vu que seize, ou la moitié, avaient été observés dans le cours du printemps, et que quatre seulement s'étaient montrés pendant l'hiver.

2° Causes occasionnelles.

M. Legendre a, dans un cas seulement, vu survenir une hémorrhagie à la suite d'un violent *accès de colère*, et l'épanchement de sang était dû à la rupture d'un vaisseau. Dans aucun autre, il n'a pu saisir de cause occasionnelle dont l'existence soit admissible, et les autres auteurs sont muets sur ce point.

Tels sont les documents bien vagues que nous avons sur ce point d'étiologie. Il resterait à indiquer certaines *conditions organiques;* mais j'en renvoie l'étude au paragraphe consacré aux lésions anatomiques.

§ III. — Symptômes.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la maladie qui nous occupe ont décrit les symptômes sans établir une distinction suffisante entre l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne et l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne : de là nécessairement une assez grande confusion, que Prus s'est efforcé de faire cesser par la publication de son mémoire. Il a étudié séparément ces deux espèces, et est arrivé de cette manière à des conclusions intéressantes. Je crois devoir suivre son exemple.

1° *Hémorrhagie sous-arachnoïdienne.* — *Début.* — Dans quelques cas seulement, cette affection débute brusquement, sans aucun cortége précurseur, et parfois même elle survient si rapidement, que, suivant Prus, elle mérite le nom d'*apoplexie foudroyante.*

Symptômes précurseurs. — Ils consistent dans un certain degré de *céphalalgie*, quelquefois dans la *chaleur* et la *rougeur des téguments de la face* et du front, dans de l'*agitation*, de la *faiblesse*, de l'*assoupissement*, et rarement de l'*engourdissement* (Boudet). On voit que ces signes précurseurs n'ont rien qui les distingue de ceux qu'on observe dans un certain nombre d'autres maladies de l'encéphale, et que par conséquent, quand on est appelé à les observer, on ne peut en aucune manière prévoir ceux qui vont les suivre. Ces prodromes peuvent remonter à une

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. II, *Hémorrhagie de l'arachnoïde.*

époque assez éloignée, ou ne durer que quelques jours. Ils vont ordinairement en augmentant jusqu'au moment de l'invasion de la maladie.

Symptômes de la maladie confirmée. — La *céphalalgie* est ordinairement très peu vive dans cette espèce d'hémorrhagie des méninges ; elle n'a pas habituellement de siége ni de forme fixe.

La *paralysie du mouvement*, ce symptôme si important dans les affections du cerveau, a été étudiée avec soin par Prus dans les cas d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, et voici ce que lui ont appris les faits : la paralysie a manqué complétement dans tous les cas recueillis par lui ou cités par les auteurs, et dans lesquels le sang s'était accumulé sous l'arachnoïde *par exhalation*. Cette absence de paralysie se remarque même dans les cas où l'accumulation du sang est considérable. Un seul des faits cités par Prus semblerait sortir de cette règle : c'est la quatrième observation de son mémoire ; mais il faut remarquer qu'il y avait, en même temps qu'une hémorrhagie sous-arachnoïdienne, un épanchement considérable de sang dans les quatre ventricules, et, de plus, que la paralysie était douteuse.

Dans les cas où l'hémorrhagie a lieu par suite de la rupture d'un vaisseau, les choses se passent un peu différemment, suivant que le vaisseau rompu est une artère ou une veine. Dans le premier cas, on peut observer la paralysie, mais rarement, puisque, sur douze observations rassemblées par Prus, il n'en est que deux appartenant à Hodgson (1) et à Boudet qui aient présenté ce symptôme.

Lorsque l'hémorrhagie a été produite par la rupture d'une veine, il n'y a pas eu de paralysie ; par là s'expliquent les expériences faites par M. Serres (2), et qui, quoique exactes, avaient conduit l'auteur à des conclusions erronées pour un certain nombre de cas. M. Serres, ouvrant les sinus veineux, avait vu que le sang épanché ne produisait pas de paralysie ; il en avait conclu que ce symptôme n'existe pas dans l'apoplexie méningée ; mais les faits que je viens d'indiquer sont venus prouver qu'il en est quelquefois tout autrement, et c'est ce qui a en outre été expérimentalement démontré, puisque M. Flourens (3), répétant les expériences de M. Serres, mais en ouvrant une artère au lieu d'une veine, a produit une paralysie très prononcée. Il est facile d'ailleurs de comprendre comment les choses se passent dans ces divers cas. Lorsqu'une artère est ouverte, le sang peut s'échapper avec impétuosité, la compression du cerveau est alors brusque, et la paralysie a lieu. Que si, même à la suite d'une rupture artérielle, le sang s'écoule lentement, la paralysie n'existe pas, le cerveau n'ayant pas été surpris, pour ainsi dire, par l'épanchement, et enfin comme, dans la rupture d'une veine, le sang s'échappe toujours avec peu de rapidité, l'absence du symptôme est constante. Du reste, ne perdons pas de vue que nous ne nous occupons ici que de l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne ; dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, nous verrons les choses se passer un peu différemment, et nous saurons plus tard à quoi il faut attribuer cette différence.

Ce qui vient d'être dit pour la paralysie du mouvement s'applique à la *paralysie du sentiment*. Celle-ci s'est manifestée d'une manière très remarquable chez un

(1) *Maladies des artères et des veines*, traduction de Breschet. Paris, 1819, t. I, p. 89.
(2) *Annuaire des hôpitaux civils*. Paris, 1819.
(3) *Recherches expérimentales sur le système nerveux*, 2ᵉ édit. Paris, 1842, in-8.

sujet qui avait un vaste épanchement entre l'arachnoïde et le cerveau, par suite de la rupture d'une dilatation anévrysmale. Dans les cas où l'épanchement s'est fait lentement, la sensibilité n'a présenté rien d'anormal.

L'*engourdissement*, les *fourmillements* des membres, que nous retrouverons fréquemment dans la description des maladies cérébrales, n'appartiennent pas à l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne. On n'a presque jamais vu les *facultés intellectuelles* troublées, perverties; mais toujours on a constaté leur affaiblissement. On a noté de l'agitation, et un *délire* tranquille et passager a été observé une seule fois par Prus. Cet auteur n'a jamais trouvé de lésion particulière des *sens*, soit dans les cas qu'il a observés, soit dans ceux qu'il a empruntés aux autres observateurs.

Reste un symptôme important, à cause de sa constance : c'est le *coma*. Il s'est montré, un temps plus ou moins long avant la mort, chez tous les sujets dont Prus a rassemblé les observations; on ne doit pas, en effet, tenir compte, pour cette appréciation, d'un cas recueilli par cet auteur (6ᵉ obs.), et dans lequel la mort fut subite.

Tels sont les symptômes de cette espèce d'hémorrhagie méningée. On voit combien ils sont presque tous vagues et peu constants. Étudions maintenant l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, et nous reviendrons plus tard sur cette symptomatologie.

2° *Hémorrhagie intra-arachnoïdienne.* — Suivant Prus, l'hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde ne se fait jamais par rupture d'un vaisseau, mais bien par exhalation. Il est important de dire un mot sur ce point, avant d'aborder l'étude des symptômes de cette apoplexie méningée.

Cette opinion de Prus ne paraît pas partagée par les autres auteurs, qui semblent admettre sans difficulté l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne par rupture d'un vaisseau. Malheureusement la plupart des observations sont trop incomplètes pour qu'on puisse les faire servir à éclaircir cette question. Tout ce que je peux dire, c'est que, dans tous les cas où des détails suffisants ont été donnés, l'assertion de Prus s'est trouvée exacte, et que, dans les faits qu'il a cités en particulier, toutes les fois qu'il y a eu rupture d'un vaisseau, l'accumulation du sang s'est faite sous l'arachnoïde. Nous devons donc, jusqu'à nouvel ordre, admettre le fait comme démontré.

Début. — Le début peut être subit dans cette espèce d'hémorrhagie méningée comme dans la précédente, et des faits rapportés par les auteurs que j'ai plusieurs fois cités plus haut nous apprennent que la maladie mérite parfois le nom d'*apoplexie foudroyante*. Je ne citerai pour exemple que la quinzième observation du mémoire de Prus. Dans un certain nombre de cas, au contraire, la maladie marche graduellement, mais d'une manière plus ou moins rapide, et très fréquemment on observe des prodromes que je vais mentionner.

Symptômes précurseurs. — Ces symptômes ont présenté quelques différences, suivant qu'on a observé la maladie chez les vieillards ou chez les enfants. Ceux qui ont été observés par Boudet chez des sujets avancés en âge, sont les suivants : céphalalgie et assoupissement, perte de la parole, agitation, faiblesse des membres, délire chez un maniaque, congestion subite, vomissements, engourdissements, vertiges, malaises, gêne des mouvements. Mais il faut remarquer que ces symptômes,

si nombreux, se sont presque toujours montrés isolés, et chacun un très petit nombre de fois; en sorte qu'il n'y en a aucun de caractéristique. Peut-être aussi que, parmi ces symptômes, il en est plusieurs qu'on peut moins regarder comme des symptômes précurseurs que comme des signes de la maladie déjà confirmée, et parvenue seulement à une période peu avancée.

Suivant M. Legendre, qui a étudié avec soin l'hémorrhagie des méninges survenue dans le jeune âge, les *vomissements* ne sont pas plus fréquents chez les enfants que chez les adultes; mais on observe plus fréquemment de la fièvre et des mouvements convulsifs. Or on peut se demander encore si ce sont là des prodromes ou des signes d'un épanchement sanguin déjà formé, quoique peu abondant encore. On voit que cette question du début et des prodromes de la maladie a encore besoin d'être élucidée.

Symptômes. — Chez les enfants, l'âge trop peu avancé des sujets ne permet pas de constater l'existence de la *céphalalgie;* mais chez les sujets avancés en âge, ce symptôme a une importance incontestable. Il résulte, en effet, des observations rassemblées par Boudet qu'il a existé neuf fois sur douze cas dans lesquels il a été recherché, et dans lesquels les malades pouvaient rendre compte de leur état; on l'a aussi constaté dans la plupart des cas observés par Prus.

La *paralysie du mouvement* se montre plus fréquemment dans cette espèce que dans la première, mais elle est encore loin d'être un symptôme constant. Prus, il est vrai, l'a observée six fois sur huit cas; mais les autres observateurs, et en particulier Boudet, ne sont pas arrivés à un semblable résultat. Ce dernier auteur n'a trouvé le symptôme dont il s'agit que dans douze cas sur quarante, et M. Legendre, qui divise l'affection en aiguë et en chronique, n'a jamais observé la paralysie, chez les enfants, pendant la première de ces périodes. Or, comme il ne s'agit ici que de cette période, la seconde formant une variété d'*hydrocéphale* dont il sera question plus tard, il en résulte que nous devons regarder la paralysie comme un fait exceptionnel dans l'enfance, si même on a cité des cas où elle ait réellement existé.

La *déviation de la langue* et *de la bouche*, ainsi que certains *strabismes*, qui sont des symptômes de paralysie, ne se sont montrés que très rarement chez les adultes, et jamais chez les enfants.

La *paralysie*, lorsque l'épanchement n'a lieu que d'un seul côté, s'observe du côté opposé, comme dans les cas d'*hémorrhagie cérébrale*. Quelquefois néanmoins, lorsque l'épanchement était très considérable, on l'a trouvée double. Elle existe des deux côtés si l'épanchement se fait sur les deux hémisphères.

Mais la *motilité* éprouve d'autres altérations qu'il est important de noter; ce sont : la contracture, la roideur, les convulsions.

Boudet, analysant avec soin les faits qu'il a rassemblés, a trouvé une de ces altérations dans tous les cas où elles ont été recherchées. La *contracture* est celle qui se montre le plus fréquemment. Boudet l'a notée quatorze fois sur vingt-sept cas, et M. Legendre la signale comme un phénomène remarquable de la maladie dont il s'agit. Les *convulsions* viennent ensuite; Boudet les a notées neuf fois, et M. Legendre les place au nombre des symptômes essentiels de la maladie. Elles consistent, chez les enfants, soit en une *roideur tétanique*, cessant au bout de peu de temps pour se reproduire ensuite, soit en des mouvements irréguliers, occupant

parfois tout le corps, semblables à ceux que produisent les secousses électriques, et dégénérant à la fin de la maladie en un *tremblement convulsif* continu, avec des paroxysmes irréguliers. Les muscles de l'*œil* participent à ces convulsions.

La *paralysie du sentiment* est plus rare ; cependant Boudet l'a constatée un certain nombre de fois. Quant à M. Legendre, il signale son absence.

La *dilatation*, l'*immobilité*, le *rétrécissement* des pupilles s'observent rarement.

La *somnolence* d'abord, et plus tard le *coma*, se montrent dans la généralité des cas, et Prus a insisté avec raison sur l'importance de ces symptômes, qui sont remarquables, surtout par leur persistance. Ordinairement le coma, une fois établi, persiste jusqu'à la mort. Cependant Boudet a cité un cas fort remarquable où ce symptôme s'est montré d'une manière intermittente.

Un *mouvement fébrile* plus ou moins intense accompagne la maladie, au moins dans la grande majorité des cas, chez les adultes, et toujours chez les enfants, d'après les observations de M. Legendre. Cet auteur ayant noté avec soin l'état du *pouls*, l'a vu s'accélérer de jour en jour et monter de cent à cent quarante pulsations, et il a reconnu, en outre, que le pouls est plein, résistant et *toujours régulier* dans le cours de la maladie. A la fin seulement il devient petit et faible.

Tel est l'ensemble de symptômes présenté par les auteurs. Nous voyons qu'il faut remarquer principalement la contracture, les convulsions, la paralysie du mouvement, la somnolence et le coma, accompagnés d'une fièvre marquée.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est ordinairement continue, avec des exacerbations plus ou moins notables. Cependant, ainsi que nous l'avons vu plus haut, on observe parfois une certaine *intermittence* des principaux symptômes. J'ai indiqué le cas rapporté par Boudet, où le coma était intermittent. Le même auteur a signalé l'intermittence des convulsions dans quelques cas.

La *durée* de l'affection a été de huit à douze jours chez les enfants observés par M. Legendre. Chez les malades qu'a observés Prus, elle n'a pas dépassé huit jours lorsque la lésion consistait dans une hémorrhagie sous-arachnoïdienne ; mais elle a duré un mois et plus chez quelques sujets atteints d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne. J'ai dit plus haut que la mort pouvait être subite.

L'hémorrhagie des méninges se *termine* le plus souvent par la mort. Cependant on a cité des cas de guérison évidente, puisque, comme nous le verrons en parlant des lésions anatomiques, on a trouvé chez un certain nombre de sujets des fausses membranes qui ont isolé le sang et l'ont mis dans des conditions favorables pour être résorbé. Il est un autre mode de *terminaison* qu'on observe chez les enfants, et qui a été étudié avec soin par M. Legendre : c'est la transformation du kyste sanguin en kyste séreux, d'où résulte une espèce particulière d'hydrocéphale, dont je donnerai plus tard la description.

§ V. — Lésions anatomiques.

Avant que M. Baillarger eût publié ses recherches, on croyait que l'épanchement sanguin pouvait se faire entre la dure-mère et l'arachnoïde. On concevait difficilement, il est vrai, comment une membrane aussi mince que cette dernière, et si

intimement unie à la membrane fibreuse, pouvait être décollée dans une aussi grande étendue; mais on citait des faits qu'on ne pouvait expliquer autrement. M. Baillarger a démontré que ce qui en avait imposé était la formation très prompte d'une fausse membrane semblable à l'arachnoïde, qui isolait le liquide épanché. Dès lors les faits cités par MM. Rostan (1), Blandin (2), Menière, Cruveilhier (3) et plusieurs autres, trouvaient une explication naturelle, et les faits observés par Prus, Boudet, M. Legendre, etc., sont venus confirmer la manière de voir de M. Baillarger.

Cela posé, je vais indiquer rapidement les lésions. Dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne on trouve assez fréquemment une rupture, soit d'une veine, soit d'une artère. Les observations intéressantes de M. Tonnelé (4) sur les *maladies des sinus de la dure-mère* ont fait voir en outre qu'une rupture d'un sinus peut donner lieu à cet épanchement sanguin. M. le docteur Mullar (5) a observé un cas dans lequel la *rupture du sinus droit* à son point de jonction avec le pressoir d'Hérophile produisit une hémorrhagie suivie de mort au bout de vingt-quatre heures, avec tous les symptômes de l'apoplexie cérébrale. Mais il n'est pas rare aussi de ne rien trouver de semblable, et alors l'hémorrhagie a eu lieu par exhalation. Le sang épanché n'est pas, en pareil cas, entouré d'une fausse membrane. Tantôt il est liquide, tantôt en caillots, du moins en partie, et ces caillots sont plus ou moins mous, plus ou moins colorés, selon qu'ils sont plus ou moins récents.

L'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, qui est la plus fréquente, offre cette formation d'une fausse membrane qui, suivant E. Boudet, est tantôt consécutive à l'épanchement et tantôt antérieure; mais ce dernier fait ne m'a pas paru parfaitement démontré. M. Baillarger a constaté que lorsqu'il existe plusieurs caillots, la fausse membrane leur forme à chacun un kyste distinct.

Le sang épanché est ordinairement abondant; il laisse parfois une impression sur le cerveau (Andral) qui indique une compression forte et prolongée. Comme dans le cas précédent, il est plus ou moins liquide, plus ou moins coagulé, plus ou moins coloré, suivant la date de la maladie. Assez fréquemment il a un aspect tel, qu'un commencement de résorption n'est pas douteux, et quelquefois on a trouvé les deux lames de la fausse membrane complétement accolées, ce qui indiquait une guérison parfaite.

On a trouvé cette hémorrhagie, avec d'autres lésions variées, chez les *paralytiques aliénés* (6); mais, en pareil cas, cette lésion n'est qu'accessoire. J'y reviendrai.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On ne saurait prétendre, après avoir lu tous les documents que les observateurs nous ont fournis sur cette affection, que le diagnostic en soit parfaitement établi.

(1) Voy. *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 396.
(2) *Anatomie topographique*. Paris, 1834, in-8, avec atlas in-folio.
(3) *Anatomie pathologique du corps humain*, in-fol. avec pl. color., livr. VI, VIII, XVII.
(4) *Journal hebdomadaire de médecine*. Paris, 1829, t. V.
(5) *The Lancet*, juin 1849.
(6) Voy. les recherches de MM. Lélut (*Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale*, Paris, 1836, in-8), Calmeil (*De la paralysie considérée chez les aliénés*, Paris, 1826, in-8, et *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859, 2 vol. in-8).

La question est si difficile, qu'il serait prématuré, je crois, d'entrer dans de grands détails sur ce diagnostic avant d'avoir étudié les autres affections cérébrales qui peuvent être confondues avec celle que je viens de décrire. Je vais seulement faire connaître les signes différentiels établis par Prus entre les deux espèces d'apoplexie méningée.

Dans l'apoplexie intra-arachnoïdienne, la paralysie est beaucoup plus fréquente. Cette forme offre parfois une perte subite de connaissance que ne présente pas l'autre. La somnolence et le coma sont des symptômes communs aux deux espèces; mais, dans l'apoplexie intra-arachnoïdienne, ils s'accompagnent de céphalalgie, de fièvre, de sécheresse de la langue, parfois de délire, ce qu'on n'observe pas dans l'autre. Il faut joindre à ces signes la contracture, la convulsion, la roideur signalées par Boudet et M. Legendre, et qui appartiennent à l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne. Pour bien faire saisir les différences, il importe de présenter ces signes sous forme de tableau synoptique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes différentiels de l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne et de l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne.

HÉMORRHAGIE SOUS-ARACHNOÏDIENNE.	HÉMORRHAGIE INTRA-ARACHNOÏDIENNE.
Paralysie *très rare.*	Paralysie *assez fréquente.*
Jamais de perte subite de connaissance.	*Dans plusieurs cas*, perte subite de connaissance.
Somnolence et coma, *sans céphalalgie, sans fièvre, sans sécheresse de la langue, sans délire*, du moins dans la très grande majorité des cas.	La somnolence et le coma s'accompagnent ordinairement de *céphalalgie*, de *fièvre*, de *sécheresse de la langue*, de *délire*.
Ni convulsions, ni contracture, ni roideur.	*Presque toujours* convulsions, contracture, roideur.

Il convient, je le répète, de renvoyer après les descriptions de certaines maladies cérébrales, et principalement de la méningite tuberculeuse que M. Legendre s'est attaché à distinguer de l'hémorrhagie des méninges, le diagnostic de cette dernière affection avec celles qui pourraient être confondues avec elle.

Pronostic. — On a vu par ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie, que sa gravité est extrême. Il semble résulter des faits que j'ai signalés plus haut, que l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne est la moins grave des deux. Mais il ne faut pas se hâter de tirer cette conclusion des cas de guérison signalés par les auteurs. On conçoit très bien, en effet, que le sang épanché sous l'arachnoïde, et qui n'est pas isolé par une fausse membrane, a pu, dans quelques cas, être résorbé sans laisser de traces. Je ne sais si de nouvelles recherches pourront éclaircir cette question.

§ VII. — Traitement.

La question thérapeutique a été nécessairement la plus faiblement traitée parmi toutes celles qui se rattachent à l'affection dont nous nous occupons. Jusqu'à présent on a, on peut le dire, plutôt appris à étudier la maladie qu'à la guérir. J'ai la conviction que, dans la grande majorité des cas, le diagnostic n'a pas été porté,

[redacted]

ou qu'il ne l'a été qu'avec beaucoup d'incertitude. Ce sont de mauvaises conditions pour étudier le traitement. Aussi les auteurs se sont-ils attachés plutôt à signaler les indications qui leur paraissent ressortir de l'examen des lésions anatomiques qu'à rapporter les effets d'un traitement suivi dans un certain nombre de cas.

On a conseillé principalement le *traitement antiphlogistique* (*émissions sanguines* générales et locales, émollients, adoucissants). On a aussi recommandé les *révulsifs*, les *dérivatifs* sur le tube intestinal (les *purgatifs*, et surtout le *calomel*) et sur les extrémités (*sinapismes*, *chaleur* aux pieds, aux jambes, *ventouses Junod*).

Mais je n'insiste pas davantage sur ce traitement. Chacun comprendra facilement quels sont les moyens qu'on met en usage, et plus tard l'expérience nous apprendra jusqu'à quel point les moyens thérapeutiques peuvent favoriser la tendance naturelle à la résorption du sang épanché. M. Legendre recommande surtout de ne pas pousser trop loin les émissions sanguines chez les enfants; mais c'est là une recommandation qui s'applique d'une manière générale au traitement des maladies de la première enfance.

ARTICLE II.

MÉNINGITE SIMPLE AIGUE.

C'est surtout quand on arrive à l'histoire de la méningite, qu'on peut facilement se convaincre de la grande difficulté que présente l'étude des affections encéphaliques. Ce n'est pas que cette maladie n'ait été l'objet de nombreuses et importantes recherches; mais pendant bien longtemps le défaut de connaissances anatomo-pathologiques fit que l'on confondit sous des noms vagues, comme *phrenitis*, *délire*, *transport au cerveau*, des affections de nature très différente, et dont un grand nombre, n'étant constituées que par un délire sympathique, n'ont pas même pour siége le cerveau ou ses membranes. Il est évident qu'avec les documents qu'on a pu rassembler pendant cette longue période, on ne saurait tracer rien d'exact et de précis.

Ce n'est guère que dans les premières années du XVIII[e] siècle qu'on a commencé à avoir quelques notions sur certains épanchements du cerveau, décrits plus tard avec soin par Robert Whytt (1), et qui devinrent ensuite, sous le nom d'*hydrocéphale aiguë*, l'objet de recherches nombreuses, dont quelques-unes ont joui d'une réputation méritée à plusieurs égards; car si les progrès de la pathologie nous empêchent aujourd'hui de leur accorder une très grande valeur, nous ne devons pas oublier l'état dans lequel ces auteurs avaient trouvé la question et les difficultés qu'ils ont nécessairement eu à surmonter. Je citerai entre autres Fothergill (2), Rowley (3), Cheyne (4), Bricheteau (5). Dans les recherches de ces

(1) *Observ. on the dropsy of the brain*. Edinburgh, 1768.
(2) *Remarks on the hydroc. intern* (*Medic. observ. and inquir.*, 1771).
(3) *Treat. of the membr. of the brain*, etc. London, 1801.
(4) *Essay on hydrocephalus acutus*, etc. Edinburgh, 1801.
(5) *Traité de l'hydrocéphale aiguë, ou fièvre cérébrale des enfants*. Paris, 1829.

nombreux auteurs, on constate un progrès réel ; mais quel vague, quelle indécision ne trouve-t-on pas encore dans leurs descriptions !

Quelques médecins étant venus contester la nature de la maladie, et ayant cité des faits tendant à prouver que l'hydrocéphale aiguë n'était qu'une inflammation des méninges, la question se trouva compliquée sans être beaucoup éclaircie. Cependant il faut reconnaître que nous y avons gagné quelques observations intéressantes de méningite, dues en particulier à MM. Senn (1), Charpentier (2) et plusieurs autres que je ne peux citer ici. Mais c'est surtout dans l'ouvrage de Parent-Duchâtelet et de M. Martinet (3) que nous trouvons les recherches les plus importantes sur ce point, et cependant, dans l'état actuel de la science, on ne peut tirer qu'un faible parti de ces recherches ; car il est aujourd'hui démontré que ces deux auteurs ont décrit en même temps deux maladies très différentes, c'est-à-dire la *méningite aiguë simple* et la *méningite tuberculeuse ;* et quoique ce soit principalement dans l'espèce qu'ils ont décrite sous le nom d'*arachnitis de la base* qu'il faille chercher les exemples de tuberculisation des méninges, il n'en est pas moins vrai que cette distinction n'étant pas établie d'une manière suffisamment précise, il n'est pas toujours possible de faire l'application des descriptions qu'ils nous donnent à une maladie bien déterminée.

Ce n'est que dans ces deux dernières années que l'observation acquérant une rigueur jusque-là inconnue, on découvrit une maladie particulière dont la connaissance nous a été d'un très grand secours pour l'intelligence des maladies des membranes cérébrales. Cette maladie est la *tuberculisation des méninges*, improprement désignée sous le nom de *méningite tuberculeuse.* Ce n'est pas ici le lieu de faire connaître la manière dont cette affection a été découverte et étudiée ; je le ferai quand je présenterai son histoire. Je veux seulement constater ici l'influence que cette étude a eue sur les progrès de cette partie de la pathologie : elle est très grande. Nous ne sommes plus embarrassés par ces cas où il existe une grande accumulation de liquide sans inflammation, et dans lesquels néanmoins on trouve diverses lésions sous-arachnoïdiennes : ce sont des tuberculisations des méninges. Or c'étaient là précisément les exemples les plus frappants qu'invoquaient les auteurs pour lesquels il existait une *hydrocéphale aiguë non inflammatoire.* Nous ne le sommes pas davantage par les cas où, avec un épanchement et les lésions que je viens d'indiquer, il existe des traces d'inflammation. Ces cas, qui ont principalement servi de preuve aux auteurs qui veulent voir une simple inflammation dans l'hydrocéphale, ne sont autre chose qu'une tuberculisation des méninges avec inflammation consécutive. Viennent ensuite les faits où l'inflammation des méninges existe seule. Ce sont là des exemples reconnus aujourd'hui comme peu nombreux, de la *méningite simple aiguë.* Enfin, on peut se demander s'il existe réellement une hydrocéphale aiguë simple, c'est-à-dire un épanchement rapide de sérosité dans les cavités arachnoïdiennes sans inflammation, sans tuberculisation des méninges et sans aucune autre lésion primitive ; mais c'est là une question assez importante pour mériter d'être examinée à part, et je la traiterai dans un petit article consacré à l'*hydrocéphale aiguë.*

(1) *Rech. anat.-path. sur la méningite aiguë*, etc. Paris, 1825.
(2) *De la nature et du traitem. de la maladie dite hydrocéphalite aiguë.* Paris, 18[illegible], in-8.
(3) *Rech. sur l'infl. de l'arachnoïde cérébrale et spinale.* Paris, 1821.

Comme on le voit, ces distinctions sont capitales. Si on ne les établit pas, tout est nécessairement confusion, et c'est ce qui explique comment, ainsi que je le disais plus haut, tant d'esprits distingués qui se sont, avant ces dernières années, occupés de ces questions difficiles, ont produit des ouvrages qui ne peuvent aujourd'hui nous être que d'une faible utilité.

Ces considérations m'ont paru trop importantes pour que j'aie pu un seul instant penser à les abréger. Elles feront comprendre pourquoi je serai très sobre d'emprunts aux auteurs qui ont écrit avant ces deux dernières années, et me serviront à établir une division méthodique que, pour les mêmes motifs, ont adoptée les auteurs récents, en tête desquels il faut placer Guersant (1).

Je vais donc d'abord, dans cet article, m'occuper exclusivement de la *méningite simple aiguë*, caractérisée par une inflammation des méninges qui n'est pas une conséquence de leur tuberculisation ; je dirai ensuite quelques mots de la *méningite simple chronique*, puis je décrirai la *tuberculisation des méninges* désignée sous le nom de *méningite tuberculeuse*, et enfin je dirai quelques mots de l'*hydrocéphale aiguë*, et je ferai l'histoire de l'*hydrocéphale chronique*, maladie bien connue dès longtemps.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après ce qui précède, je donne le nom de *méningite simple aiguë* à une affection purement inflammatoire des méninges.

Cette affection, comme nous l'avons vu, a reçu plusieurs noms par suite de la confusion qui a régné si longtemps sur ce point de pathologie. On en trouve, en effet, des exemples dans les descriptions que les auteurs nous ont données de l'*hydrocéphale aiguë*, de l'*hydropisie du cerveau* et des *ventricules cérébraux*, de l'*inflammation des membranes cérébrales*, des *méninges*, etc. On l'a encore décrite sous les noms de *fièvre cérébrale*, d'*arachnitis*, d'*arachnoïdite*.

On ne peut douter aujourd'hui que cette maladie ne soit très rare, abstraction faite toutefois de celle qui est produite par une cause traumatique. C'est au point que MM. Barthez et Rilliet (2) ont été réduits à tracer son histoire d'après cinq cas qu'ils ont observés et un autre que leur a communiqué M. Legendre. Toutefois je dois ajouter que dans un travail plus récent, et qu'il a publié seul, M Rilliet (3) a rassemblé un plus grand nombre de cas ; mais il a été obligé d'en chercher une bonne partie dans les auteurs, et cependant il n'a pas pu réussir à en réunir un nombre considérable.

§ II. — Causes.

L'histoire des causes se réduit à peu de chose. Parent-Duchâtelet et M. Martinet ont, il est vrai, exposé en détail ce point d'étiologie ; mais nous avons remarqué que leur description s'appliquait à des affections différentes.

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. MÉNINGITE et HYDROCÉPALE AIGUE.
(2) *Traité des maladies des enfants*, t. I, ch. XVIII.
(3) *De l'inflammation franche des méninges chez les enfants* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1846, t. XII, p. 385 ; 1847, t. XIII, p. 30, 182).

1° Causes prédisposantes.

Age. — Suivant Guersant, c'est surtout de seize à quarante-cinq ans que cette maladie se présente. Les enfants observés par MM. Barthez et Rilliet étaient âgés de cinq ans et demi à onze ans. On n'a pas cité d'exemple recueilli dans la première enfance.

Sexe. — Il résulte des divers relevés de faits que la méningite simple aiguë est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Des sujets observés par MM. Barthez et Rilliet, cinq étaient des garçons.

Le *tempérament sanguin* prédispose, suivant les auteurs, à la méningite aiguë. Malheureusement nous ne connaissons pas suffisamment les faits sur lesquels on s'est appuyé pour avancer cette proposition. Il en est de même de l'influence de la *grosseur de la tête*, de l'*hypertrophie du cœur* et de l'*hérédité*. J'en dirai autant des *professions*. Cependant on peut, d'une manière indirecte, arriver à cette conclusion, que les professions qui exposent les sujets pendant longtemps aux ardeurs du soleil présentent le plus de cas de cette maladie ; car on a cité un certain nombre de faits dans lesquels elle était produite par une *insolation* violente et prolongée. M. Bayle (1) a trouvé que les *militaires* étaient particulièrement exposés à la méningite. On sait que ces sujets sont fréquemment soumis à l'insolation. Nous avons vu aussi, dans ces derniers temps, des épidémies d'inflammation des méninges sévir presque exclusivement sur les militaires ; mais cette affection, qui se propage ordinairement aux membranes du rachis, a une physionomie trop particulière pour que nous nous croyions dispensé de la décrire à part (2).

Viennent ensuite un certain nombre de causes dont l'existence n'a pas été établie d'après un nombre suffisant de faits, et dont quelques-unes ont été plutôt supposées qu'observées : ce sont les *travaux intellectuels*, l'*abus des boissons alcooliques*, les *passions tristes*. Ces causes ont été aussi rangées parmi les causes occasionnelles, lorsque les sujets ont été atteints pendant qu'ils se trouvaient dans de semblables circonstances. On a observé quelques cas de méningite pendant le travail de la *dentition ;* mais, d'après ce que nous avons dit à propos de l'influence de l'âge, ces cas sont nécessairement très peu nombreux, et l'on ne peut douter que les auteurs n'aient été souvent trompés par le délire symptomatique, la somnolence, le coma, et même les convulsions qui se montrent si fréquemment dans la dentition difficile.

MM. Barthez et Rilliet ont donné dans leur ouvrage un abrégé de la relation d'une *épidémie* de méningite faite par le docteur Albert (3). Cette affection atteignit en trois mois plus de cent cinquante enfants. Je dois dire toutefois que la description donnée par le docteur Albert n'est pas suffisante pour entraîner la conviction, et que les détails anatomiques manquent complétement. On sait que chez les enfants il ne faut qu'un degré de fièvre un peu intense pour produire des accidents cérébraux très graves. Or, ces enfants avaient une forte fièvre, et rien ne prouve que

(1) *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris, 1833.

(2) Voy. *Méningite cérébro-spinale*.

(3) *Journal de Hufeland*, août 1830.



les symptômes observés du côté du cerveau ne fussent pas purement sympathiques. Quand on songe qu'avant les dernières années on doutait que les enfants pussent être atteints de *fièvre typhoïde*, et que, d'un autre côté, on publiait un grand nombre d'observations de fièvre cérébrale guérie, on comprend toute la valeur de cette remarque. Pour moi ; je crois que ceux qui liront cette description avec un peu d'attention ne seront nullement convaincus qu'il ne s'agit pas tout simplement d'une épidémie de fièvre typhoïde.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles nous devons d'abord citer les *violences extérieures*, les coups, les chutes, les plaies par armes à feu. Cette *méningite traumatique* est particulièrement la conséquence des lésions qui portent sur la table interne du crâne. Lorsque, par exemple, une esquille aiguë vient léser les membranes du cerveau, l'inflammation en est la conséquence nécessaire.

L'*insolation* est ensuite la cause la plus évidente de cette maladie. MM. Barthez, Guersant et Rilliet et plusieurs autres auteurs, citent des exemples frappants sous ce rapport, observés chez des enfants. Parent-Duchâtelet et M. Martinet en ont cité de semblables, recueillis chez les adultes.

C'est une opinion générale que rien n'est plus dangereux que la disparition rapide des exanthèmes ayant leur siége sur le cuir chevelu, et c'est l'inflammation des membranes du cerveau qu'on redoute surtout en pareil cas. MM. Rilliet et Barthez ont cité un fait dans lequel l'apparition de la méningite a suivi immédiatement la *répercussion d'un exanthème* du cuir chevelu. Le fait n'est donc pas contestable ; mais sa grande fréquence, généralement admise, est beaucoup plus douteuse. Pour ma part, j'ai vu souvent supprimer des croûtes laiteuses, des eczémas de la face et de la tête, sans qu'il soit survenu rien de semblable. Les mêmes doutes s'élèvent sur l'influence prononcée qu'on a attribuée aux *suppressions des flux*, des *ulcères*, etc.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont un peu différents, suivant que la maladie est primitive ou secondaire, ou plutôt il résulte de la description donnée par les auteurs, et surtout par MM. Rilliet et Barthez, qui ont insisté sur cette distinction, que, dans la méningite aiguë secondaire, plusieurs symptômes sont masqués par la maladie, dans le cours de laquelle se développe cette inflammation des méninges.

Début. — La céphalalgie, les vomissements, sont les symptômes qui marquent le plus particulièrement le début de la maladie lorsqu'elle est *primitive*. Dans le cas contraire, le début peut être très insidieux, et l'on ne s'aperçoit de l'existence de la maladie que lorsqu'elle a fait de grands progrès, et lorsque les symptômes cérébraux ont pris une grande intensité.

Symptômes. — Méningite primitive. — La *céphalalgie* est toujours très prononcée, et apparaît dès le début. Elle est violente, continue, avec des exacerbations plus ou moins intenses et plus ou moins rapprochées ; elle arrache fréquemment des cris aux malades, et surtout aux enfants. Les sujets s'en plaignent spontané-

ment; ils disent que tout leur mal est dans la tête, et lorsqu'on leur demande de préciser le point où se fait sentir la douleur, ils portent leur main au front. Ils se plaignent de cette douleur jusqu'au moment où ils perdent connaissance ou tombent dans le coma.

L'*intelligence* est très promptement pervertie dans la très grande majorité des cas. Il y a d'abord une *agitation* extrême, bientôt suivie d'un *délire* aigu, violent, parfois furieux. Les malades sortent de leur lit, veulent se jeter par la fenêtre, etc.; puis survient une *somnolence* qui alterne souvent avec le délire, et enfin on observe le *coma* profond ou une *perte* complète de *connaissance*.

Les *yeux*, dès les premiers jours, sont sensibles à la lumière : il y a de la *photophobie ;* puis les *pupilles* sont presque toujours dilatées; parfois, au contraire, elles sont contractées ou déformées. Elles deviennent immobiles, et, chez quelques sujets, la *vision* est complétement abolie. On observe assez fréquemment du *strabisme*, surtout chez les enfants.

Du côté du *mouvement*, on ne trouve ordinairement rien de bien remarquable dans les premiers temps de l'affection; seulement, lorsque les malades se lèvent, ils sont chancelants sur leurs jambes et tombent fréquemment. Plus tard, on observe de la roideur, des contractions spasmodiques, des convulsions; mais ces symptômes ne sont pas constants. Vers la fin de la maladie seulement, le tremblement des tendons, la carphologie, des mouvements convulsifs, sont des phénomènes généralement constatés. Il est rare qu'on note la roideur partielle d'un membre, et plus encore la paralysie. Cependant on a cité quelques faits de ce genre; mais il est démontré que, dans la plupart des cas, il y avait une lésion du cerveau, et tout porte à croire qu'il en était ainsi dans les autres.

On a maintes fois signalé l'abolition de la *sensibilité*, soit dans tout le corps, soit dans une plus ou moins grande partie de son étendue; quelquefois, au contraire, cette sensibilité est exagérée, au moins durant un certain temps.

Pendant que ces symptômes se produisent, on observe du côté de la *face* des phénomènes qui sont loin d'être sans intérêt. La face est d'abord animée; les yeux sont hagards et brillants; mais cet état ne se montre pas toujours, et, dans tous les cas, il est bientôt remplacé par des alternatives de coloration rouge ou violette, et de pâleur plus ou moins intense. Tantôt les traits de la face sont contractés, grimaçants; tantôt ils sont distendus. Il y a, sous ce rapport, des alternatives fréquentes et variées. Les *yeux* expriment d'abord l'égarement, l'effroi, la fureur; puis ils deviennent hébétés, et il n'est pas rare, vers la fin de la maladie, de les trouver vitrés et sans expression. MM. Rilliet et Barthez les ont vus d'abord cernés, puis profondément excavés. Les mêmes auteurs ont noté un *rire* inintelligent, et ils ont trouvé chez leurs malades les *narines* sèches, et les lèvres pâles et sèches.

Du côté du *tube digestif*, le symptôme le plus remarquable, sans contredit, consiste dans les *vomissements;* ils sont ordinairement *bilieux*, fréquents, abondants; ils cessent habituellement après un ou deux jours de durée de la maladie; mais il n'est pas très rare de les voir se prolonger jusqu'à la fin, soit d'une manière continue, soit en laissant plusieurs intervalles de plus ou moins longue durée. La *langue* est ordinairement sèche, souvent rouge ou couverte d'un enduit de couleur variable. La *constipation* est un des symptômes le plus fréquemment observés; elle se montre

ordinairement dès le début, et quelquefois elle précède de quelque temps l'apparition des autres symptômes. Cependant MM. Rilliet et Barthez l'ont vue manquer quatre fois sur six; mais les autres auteurs sont si unanimes sur ce point, et le nombre des cas observés par MM. Rilliet et Barthez est si peu considérable, que, jusqu'à nouvel ordre, on ne peut s'empêcher de lui donner une assez grande importance. Quelquefois on observe de la diarrhée ou des alternatives de diarrhée et de vomissement; mais il faut prendre garde d'attribuer à la maladie ce qui n'est qu'un effet du traitement par les purgatifs ou le résultat d'une complication, et l'on sait combien l'étude superficielle de cette affection peut prêter à cette méprise. MM. Rilliet et Barthez ont noté la *rétraction du ventre* dans le cas de méningite primitive dont il s'agit ici.

Les deux auteurs que je viens de citer ayant fixé leur attention sur l'état de la *respiration* plus que ne l'ont fait les autres, je vais citer ce qu'ils disent à ce sujet: « Les caractères et le nombre des inspirations se sont modifiés d'une manière sensible. Dans les méningites primitives, les inspirations ont été très variables en nombre, soit d'une manière absolue, soit d'un jour à l'autre, mais, en général, *remarquablement irrégulières.* »

La *fièvre* est toujours notable dans la méningite aiguë primitive. Le pouls est accéléré, dur, résistant dans les premiers temps de la maladie. Aux approches de la mort, il devient serré, petit, irrégulier; en même temps on observe une chaleur notable de la *peau*, qui est remarquable aussi par sa sécheresse.

Méningite secondaire. — Lorsque la méningite se développe dans le cours d'une autre maladie, et principalement dans le cours d'une fièvre typhoïde, ce qui est un cas bien plus rare que ne le croient beaucoup de médecins, la céphalalgie du début peut n'être pas observée, et l'on voit aussi manquer assez fréquemment les vomissements. Le dévoiement, s'il existe, n'est pas toujours remplacé par la constipation. Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette invasion d'une nouvelle maladie, c'est le ralentissement et l'irrégularité de la respiration et du pouls, la pâleur et l'expression d'anxiété de la face, et l'agitation extrême qui précède le délire. Puis surviennent les autres symptômes précédemment décrits, qui persistent jusqu'à la mort.

Telle est la description de cette maladie. On voit que tout n'est pas encore dit sur elle; ce qui tient évidemment à ce que, depuis qu'on a reconnu l'importance des distinctions établies plus haut, on n'a pas eu l'occasion d'étudier d'une manière attentive un assez grand nombre de cas de méningite simple aiguë. Aussi doit-on engager vivement les observateurs à ne laisser passer, sans en prendre une note exacte, aucun fait de ce genre; car si l'on voulait chercher des matériaux dans les écrits antérieurs, on risquerait souvent de commettre des erreurs.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la méningite simple aiguë est continue; elle présente, il est vrai, des exacerbations, mais on n'observe pas dans son cours ces rémissions si notables que nous trouverons dans la *méningite tuberculeuse*, et qui sont telles, qu'on pourrait croire à une guérison prochaine.

La *durée* de la maladie peut être très courte. MM. Rilliet et Barthez ont vu cette

affection se terminer en trente-six heures. Généralement la durée n'est pas de plus de huit ou neuf jours quand la maladie se termine par la mort.

La question de la *terminaison* de la maladie n'est pas, il s'en faut, exempte de graves difficultés. Nous avons déjà vu plus haut qu'il est plusieurs maladies qui peuvent être prises et qui ont été prises pour des méningites, et nous allons revenir tout à l'heure, à propos du diagnostic, sur ce point important. Eh bien, ces difficultés sont plus grandes encore qu'on ne le croyait lorsque la méningite tuberculeuse fut décrite pour la première fois. Depuis lors, en effet, on a étudié d'autres maladies qui contribuent à rendre l'erreur plus facile encore : telles sont les hémorrhagies des méninges. Ce n'est donc qu'avec hésitation qu'on peut se prononcer sur la terminaison de la maladie, puisque les auteurs qui nous ont laissé des observations, ne connaissant pas ces causes d'erreur, n'ont pu les éviter.

Je crois que, de la très grande majorité des faits qui ont été publiés, on doit conclure que la mort est la terminaison ordinaire de la méningite simple aiguë bien confirmée. Suivant Guersant, il serait loin d'en être ainsi, car cet auteur dit : « La mort arrive dans le tiers des cas, au moins, si la maladie règne d'une manière épidémique ; la maladie sporadique est peut-être un peu moins meurtrière. » Il est fâcheux que nous ne connaissions pas les faits sur lesquels sont fondées ces deux propositions beaucoup plus consolantes que l'opinion généralement admise. Ce qui me fait croire que les progrès de la pathologie doivent malheureusement les modifier, et que telle a été sans doute plus tard la manière de voir de Guersant, c'est : 1° qu'il cite des faits de terminaison de la maladie par le passage à l'état chronique, et dans lesquels on peut aussi bien croire que la maladie était un épanchement sanguin, semblable à ceux qui se terminent par une espèce particulière d'hydrocéphale, qu'une véritable méningite ; 2° que, d'un autre côté, plusieurs histoires d'épidémie, abstraction faite des épidémies de méningite cérébro-spinale, que nous considérons à part, ont été rapportées par des auteurs antérieurs aux dernières découvertes sur les maladies cérébrales, et peuvent contenir les plus graves erreurs ; 3° enfin, et c'est une remarque qui est bien loin d'être sans valeur, tous ceux qui ont fait de nombreuses autopsies savent qu'on trouve bien rarement des adhérences des membranes cérébrales, sans qu'on en ait la raison, dans une lésion du cerveau, dans des traces d'hémorrhagie antérieure, dans des lésions des os du crâne, etc. ; or, en serait-il ainsi s'il existait réellement des cas assez nombreux de méningite dont les deux tiers se termineraient par la guérison ?

§ V. — Lésions anatomiques.

Comme pour la plupart des maladies encéphaliques, ce sont les lésions anatomiques qui ont été le mieux étudiées ; mais, pour nous, il suffira d'une énonciation rapide des principales altérations qui servent à caractériser la méningite simple aiguë.

On trouve, lorsque la maladie a été bien caractérisée, un liquide purulent sur la surface de l'arachnoïde, ou dans les mailles de la pie-mère, ou dans ces deux endroits à la fois. Ce pus, plus ou moins abondant, est blanc, blanc jaunâtre, jaune. Lorsque le malade a succombé au bout de très peu de jours, il est ordinairement liquide ; plus tard, on le trouve concret et commençant à se former en fausse mem-

brane sur l'arachnoïde, ou remplissant les mailles de la pie-mère à la manière d'une substance demi-solide. Il faut bien prendre garde, dans ce dernier cas, de confondre cette substance purulente avec la matière concrète que l'on trouve dans la méningite tuberculeuse.

La pie-mère est injectée et adhère fréquemment à la substance cérébrale; quant à l'arachnoïde, elle est parfois épaissie, opaque, plus ou moins friable, mais il n'est pas rare de la trouver intacte, car c'est ordinairement au-dessous d'elle que se montrent les principales traces d'inflammation. Dans les ventricules néanmoins on a vu cette membrane granuleuse, rugueuse, ayant perdu complétement son poli.

La substance cérébrale se présente avec ses caractères normaux, lorsque l'affection est simple; il est très rare même que l'inflammation des membranes se communique au cerveau, tandis que l'on voit fréquemment l'inflammation cérébrale, lorsqu'elle est superficielle, se propager à la portion des méninges qui recouvre les parties malades; mais c'est un point sur lequel je reviendrai plus tard.

Telles sont les lésions essentielles de la méningite simple aiguë. Je pourrais mentionner encore l'extension de l'inflammation aux tissus de la dure-mère, et quelques lésions inflammatoires dans des organes plus ou moins éloignés du siége principal de la maladie, mais ces détails n'auraient qu'un intérêt très secondaire.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic,* ainsi que je l'ai dit plus haut, présente des difficultés incontestables; malheureusement les auteurs qui ont étudié exactement la méningite simple aiguë ont un peu négligé ce point de son histoire : il est à regretter en particulier que Guersant, qui a si bien établi les différences entre cette méningite et la méningite tuberculeuse, ait réuni ces deux affections dans la comparaison qu'il en a faite avec la fièvre typhoïde.

La première chose à faire est de distinguer, comme l'a fait Guersant, la méningite simple aiguë de la *tuberculisation des méninges.* Or voici comment on arrive à cette distinction. Dans les cas où les symptômes cérébraux sont dus à cette dernière affection, un interrogatoire attentif fait le plus souvent constater l'existence de symptômes antécédents qui se rapportent aux tubercules pulmonaires. Cette circonstance, quoique n'étant qu'une simple présomption, a néanmoins un intérêt réel. Tous les auteurs ont constaté que, dans la méningite simple aiguë, les symptômes du commencement de la maladie se présentent avec beaucoup plus d'intensité et d'une manière plus nette. C'est d'abord une céphalalgie des plus violentes, avec chaleur de la tête, injection de la face, photophobie; puis un délire violent, etc. Les vomissements eux-mêmes sont généralement plus fréquents et plus abondants; la fièvre surtout est remarquable en ce qu'elle se manifeste dans tous les temps de la maladie, tandis que, comme nous le verrons plus loin, le mouvement fébrile se montre seulement dans les derniers jours de la méningite tuberculeuse, et que, dans les commencements de cette maladie, il y a plutôt ralentissement du pouls et refroidissement de la peau. De plus, dans la méningite tuberculeuse, le pouls est bien plus fréquemment irrégulier, ainsi que la respiration. On trouve

moins souvent, dans la méningite simple aiguë, des troubles du mouvement et du sentiment que dans la méningite tuberculeuse.

Enfin, et c'est là une remarque de la plus haute importance, la marche de la maladie est fort différente dans les deux cas. Nous avons vu que la méningite simple aiguë fait rapidement des progrès, et que les symptômes se succèdent dans un certain ordre et dans un intervalle de temps généralement fort court. Dans la tuberculisation des méninges, au contraire, on voit fréquemment une céphalalgie, incommode surtout par sa persistance et son opiniâtreté, exister pendant plusieurs jours avec un état de malaise mal défini par les malades; puis surviennent les divers symptômes caractéristiques : vomissements, constipation, stupeur, etc. ; et, enfin, ce qu'il y a de plus remarquble, c'est que, dans presque tous les cas, on voit, pendant un temps plus ou moins long, ces symptômes se suspendre presque complétement, le malade recouvrer sa connaissance, la céphalalgie s'apaiser, etc., jusqu'à ce qu'il y ait une recrudescence du mal qui emporte le malade. Or c'est ce que nous ne voyons pas dans les observations de méningite simple aiguë qui ont été publiées; et, comme je l'ai dit plus haut, s'il existe quelques exacerbations, les intervalles n'en sont pas moins marqués par une assez grande violence de la maladie.

La confusion de cette maladie avec la *fièvre typhoïde* a été longtemps, ainsi que je l'ai déjà dit, un fait presque inévitable; non, sans doute, que l'on ne reconnût pas la méningite, mais parce que l'on prenait très fréquemment des fièvres typhoïdes avec délire, somnolence, coma, pour de véritables méningites. On distinguera ces deux affections aux signes suivants. Quoique la céphalalgie puisse être vive au début de la fièvre typhoïde, elle est cependant moins intense et n'attire pas aussi exclusivement l'attention du malade. Les vomissements, au début, se montrent rarement, et dans les cas où il en existe, ils ne sont ni fréquents, ni persistants ni abondants, comme dans la méningite. Du côté du tube digestif, on trouve des différences notables : dans la fièvre typhoïde, ce sont des douleurs de ventre, de la diarrhée, du météorisme; dans la méningite, au contraire, on trouve le ventre indolent, avec sa forme naturelle, ou rétracté, avec une constipation opiniâtre. Le gonflement de la rate et les épistaxis sont encore des signes propres à la fièvre typhoïde.

Tels sont les principaux signes distinctifs qu'il faut avoir présents à l'esprit, car ce sont ceux qui servent à établir le diagnostic dans les premiers jours de la maladie. Plus tard les différences deviennent de plus en plus grandes, et la difficulté diminue notablement. Dans la fièvre typhoïde, on voit apparaître les taches rosées lenticulaires, les *sudamina;* le pouls reste ordinairement régulier et ne présente qu'une accélération plus ou moins grande; on n'observe ni paralysie, ni contracture, et l'indication de ces signes est suffisante pour le lecteur.

Je ne pousse pas plus loin ce diagnostic différentiel, parce que, dans le cours de ce chapitre, j'aurai à y revenir à l'occasion de quelques autres affections cérébrales.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes distinctifs de la méningite simple aiguë et de la tuberculisation des méninges (méningite tuberculeuse).

MÉNINGITE SIMPLE AIGUE.	TUBERCULISATION DES MÉNINGES. (*méningite tuberculeuse*).
Pas de symptômes antécédents.	*Symptômes antécédents de tubercules.*
Symptômes du début *plus violents, plus nets, mieux caractérisés*, surtout dans la méningite primitive.	Symptômes du début ordinairement *moins violents*, se produisant lentement, souvent insidieux.
Délire violent *très promptement établi.*	Délire moins violent, souvent tranquille, *se produit plus tard*, et arrive moins rapidement à son summum.
Céphalalgie *très vive*; injection de la face, photophobie, etc. : *ces symptômes sont frappants.*	Ces symptômes manquent parfois, surtout au début; ils sont presque *toujours moins frappants.*
Vomissements *plus fréquents, plus abondants.*	Vomissements *moins fréquents, moins abondants.*
Pouls *plus accéléré*, plus fort, *moins irrégulier.*	Pouls souvent *ralenti* au début; beaucoup *plus irrégulier.*
Marche continue, *sans rémission notable*, durée *courte.*	Marche continue, mais ordinairement *avec une rémission très notable*; durée *beaucoup plus longue.*
La maladie *peut régner épidémiquement* (Rilliet).	Maladie *sporadique.*

2° *Signes distinctifs de la méningite simple aiguë et de la fièvre typhoïde.*

MÉNINGITE SIMPLE AIGUE.	FIÈVRE TYPHOÏDE.
Céphalalgie généralement *plus violente* et *plus persistante.*	Céphalalgie généralement *moins violente* et *moins persistante.*
Vomissements *fréquents*, abondants, *persistants.*	Vomissements *rares, peu persistants.*
Ventre *indolent, bien conformé* ou rétracté.	Ventre ordinairement *douloureux*, tendu, *météorisé.*
Constipation opiniâtre.	*Diarrhée* plus ou moins abondante.
Ni gonflement de la rate *ni épistaxis.*	Rate *tuméfiée, épistaxis.*
Pas de taches rosées ni de *sudamina.*	*Taches rosées, sudamina.*
Pouls *irrégulier, inégal.*	Pouls seulement *accéléré.*
Dans les derniers temps, *paralysie, contracture, mouvements convulsifs*, etc.	*Ni paralysie, ni contracture, ni convulsions dans les cas ordinaires.*

Pronostic. — Ce que j'ai dit à propos de la terminaison de la maladie me dispense d'entrer dans de grands détails relativement au pronostic. Je dirai seulement qu'il est fort grave, de l'avis de tous les observateurs.

§ VII. — Traitement.

Ce qui prouve que l'opinion précédente sur la très grande gravité de la maladie n'a rien d'exagéré, c'est le peu de confiance que tous les auteurs nous montrent dans l'efficacité des moyens thérapeutiques ordinairement mis en usage. On trouve, du reste, le même traitement appliqué à un bon nombre de maladies différentes des méninges et du cerveau, ainsi que nous le verrons plus loin.

Le *traitement antiphlogistique*, — consistant dans des *saignées générales* plus ou moins répétées et des applications de *sangsues* plus ou moins multipliées derrière les oreilles, sur les côtés du cou, ou de *ventouses scarifiées* à la nuque, sur le cuir chevelu; dans l'application de compresses trempées dans un *liquide froid*, de la *glace* sur la tête; dans l'*irrigation* continue sur la tête, — est de tous les traitements celui qu'on a le plus universellement recommandé.

Viennent ensuite les *purgatifs* plus ou moins violents, destinés à opérer une dérivation sur le tube intestinal. On a surtout employé le *calomel* à dose purgative (25, 40 ou 50 centigrammes, suivant l'âge), l'*huile de ricin*, qui, chez les enfants, est très difficilement acceptée; les *sels neutres*, etc.

Iode. — Sous le titre d'hydrocéphale aiguë, M. le docteur Copeman (1) a rapporté un cas de guérison obtenu à l'aide de l'*iode;* mais le diagnostic ne me paraît pas suffisamment établi. Il s'agit d'un enfant de six ans qui eut des symptômes qu'on peut parfaitement rapporter à une fièvre typhoïde. Les seuls qui paraissent appartenir à la méningite sont la surdité et la cécité; mais il n'y eut ni convulsions ni paralysie, et la cécité pouvait dépendre de l'extrême dilatation des pupilles. Quoi qu'il en soit, le traitement consistait dans l'administration de la *solution iodurée de M. Lugol*, à la dose de cinq gouttes toutes les quatre heures. Ce médicament fut continué pendant quelques jours après l'amélioration, qui fut prompte.

Des *applications irritantes* aux extrémités, comme les *pédiluves sinapisés*, les *sinapismes* aux jambes, sont d'un usage journalier.

Les *vésicatoires* sont appliqués dans des points très opposés. Tantôt, en effet, on les place aux mollets, ou aux cuisses, dans le but d'agir de la même manière qu'avec les sinapismes, mais avec plus de force; tantôt on prescrit de les appliquer sur le siége même du mal. Je pense qu'on doit être sobre de pareils moyens dans cette maladie, qui est une affection fébrile. J'ai fait connaître ailleurs les raisons qui me font regarder comme un abus très grave l'emploi si fréquent des vésicatoires dans les maladies aiguës; qu'il me suffise de rappeler ici que ma conclusion était que, dans beaucoup de cas, on accélère la marche de la maladie vers une terminaison fatale, et dans presque tous on fait éprouver au malade des douleurs inutiles.

On a cité des cas où des *affusions froides* sur le corps ont été suivies de guérison, mais ces cas ont été recueillis à une époque où le diagnostic était encore moins précis qu'aujourd'hui. Cependant ce moyen me paraît devoir être signalé.

Les *frictions mercurielles* sur les côtés du cou et sur la tête préalablement rasée comptent aussi parmi les remèdes recommandés. Sur cinq cas traités par M. le docteur Golfin (2) par les *frictions mercurielles*, trois se sont terminés par la guérison, bien que la maladie fût parvenue à sa dernière période. Les symptômes rapportés par M. Golfin sont ceux de la méningite aiguë, et par conséquent ces faits doivent être pris en grande considération. N'oublions pas toutefois que dans les cas de ce genre le diagnostic est bien difficile.

On a beaucoup parlé d'un moyen particulier qui consiste dans la *compression des carotides*, et qui a été proposé par le docteur Blaud, de Beaucaire (3). Voici les deux procédés qui, suivant cet auteur, peuvent servir à cette compression :

(1) *Provincial medical and surgical Journal*, 1848.
(2) *La Clinique de Montpellier*, 20 avril 1847.
(3) *Biblioth. méd.*, t. LXII.

COMPRESSION DES CAROTIDES.

1° On peut exercer la compression des carotides en les rapprochant l'une de l'autre, et en les appuyant fortement contre la partie inférieure des régions latérales du larynx, avec le pouce et l'index chez les enfants, avec le premier de ces doigts et celui du milieu chez les adultes.

2° On peut encore comprimer les carotides, d'avant en arrière, avec le pouce et l'index, ou avec le pouce et le doigt du milieu, ou bien avec ce dernier et l'index, et en prenant le point d'appui sur la colonne vertébrale.

Le premier procédé peut être employé lorsque le malade est maigre, que les carotides sont très apparentes, faciles à saisir, ou que le larynx est peu proéminent; le deuxième est applicable aux individus gras, dont les carotides sont entourées d'un tissu cellulaire très abondant.

On trouve dans les recueils de médecine un certain nombre d'observations dans lesquelles on voit la guérison succéder à l'emploi de ce moyen mécanique; mais, il faut toujours le répéter, l'incertitude du diagnostic, dans un grand nombre de cas, leur ôte beaucoup de leur valeur. Voici, du reste, quelques considérations sur cette compression des carotides présentées par Parent-Duchâtelet et M. Martinet, d'après le docteur Blaud :

« Un effet constant de cette compression a été, disent-ils, une diminution très grande dans la force et la fréquence du pouls, ce qui a engagé M. Blaud à ne la jamais prolonger au delà de 50 à 60 secondes.

» Au reste, cette durée doit varier nécessairement beaucoup, suivant la constitution de l'individu et l'intensité des accidents. Chez un individu vigoureux, d'un tempérament sanguin, ayant le pouls fort, plein, bien développé, elle peut être prolongée plus longtemps que chez un sujet d'une constitution opposée; on doit aussi l'exercer pendant un temps plus long, lorsque l'engorgement cérébral est très considérable, que lorsqu'il est modéré.

» En général, il faut interrompre cette compression de temps à autre, et y revenir à plusieurs reprises, même lorsque le coma, la congestion faciale, et tous les autres accidents ont disparu. »

Parent-Duchâtelet et M. Martinet ne trouvaient pas qu'à l'époque où ils écrivaient les observations fussent assez nombreuses et assez concluantes pour pouvoir apprécier rigoureusement l'efficacité de ce moyen. On peut dire qu'aujourd'hui les choses en sont au même point; seulement il est permis de penser, relativement aux deux observations de M. Blaud citées par ces auteurs, qu'il s'agissait d'une simple congestion cérébrale, et non d'une méningite.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE.

Le malade doit être placé dans une chambre bien aérée et d'une température modérée.

Il ne doit avoir autour du cou aucun lien qui puisse gêner la circulation, et ne doit pas être trop couvert.

On doit le placer dans une demi-obscurité, et autant que possible dans un profond silence.

Il est surtout très important de le coucher de manière que la tête soit beaucoup plus élevée que le tronc.

Le *régime* doit être sévère, et l'on administre des *boissons rafraîchissantes.*

Il serait inutile de donner un résumé de ce traitement, que nous retrouverons presque identique, comme je l'ai dit plus haut, dans plusieurs autres affections cérébrales.

ARTICLE III.

MÉNINGITE SIMPLE CHRONIQUE.

Suivant Guersant (1), il faut établir une distinction importante entre la méningite chronique avec aliénation mentale et celle qui est sans aliénation : rien n'est plus vrai ; mais en lisant la description que cet auteur nous a donnée de la première de ces deux espèces, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il ne s'agit d'autre chose que de la maladie décrite dans le même ouvrage par M. Calmeil sous le nom de *paralysie générale des aliénés.* Or, l'usage est de présenter l'histoire de cette affection en traitant de la *folie*, et je crois utile de le suivre, afin de pouvoir présenter dans un ensemble complet les diverses affections qui se rapportent à l'aliénation mentale. Il ne sera donc question ici que de la méningite simple chronique. Nous n'avons sur cette maladie que les données les plus vagues et les plus incomplètes, et à peine me sera-t-il permis d'en dire quelques mots. Je ne peux, du reste, mieux faire, pour justifier le peu d'extension que je donne à cet article, que de citer le passage suivant de Guersant.

« Les caractères physiologiques de la méningite chronique simple sans aliénation mentale sont, dit-il, encore fort peu connus, et à peine indiqués dans quelques observations éparses recueillies dans les hôpitaux. L'*abattement*, la *somnolence*, les *convulsions*, sont les seuls symptômes cérébraux que j'aie remarqués dans les trois ou quatre cas qui se sont offerts à mon observation ; encore faut-il considérer que les sujets de ces observations étaient de jeunes enfants affectés d'ailleurs d'entérite chronique et de pneumonie lobulaire, et les seuls symptômes cérébraux que j'aie pu rattacher à la méningite chronique *pouvaient tout aussi bien tenir à une simple réaction sympathique* de la maladie gastro-intestinale et pulmonaire sur le cerveau, qu'à la lésion matérielle des méninges que nous avons trouvée à l'ouverture des corps. *Aussi la maladie n'avait-elle été soupçonnée dans aucun des cas, et n'a-t-elle été reconnue que par la nécropsie.* »

Il suffit de cette citation pour montrer combien cette maladie est peu connue ; mais peut-être a-t-on eu tort, jusqu'à un certain point, de regretter, comme on l'a fait, l'état de nos connaissances à ce sujet ; car il n'est nullement démontré que cette affection ne soit pas un des cas pathologiques les plus rares. Pour mon compte, je n'en ai jamais vu d'exemples, et je crois que beaucoup de médecins sont dans le même cas. Peut-être cependant pourrait-on arriver à quelques résultats utiles en étudiant les cas où la méningite chronique est la conséquence de lésions variées du cerveau ou du crâne.

Après ce qui précède, il suffit d'ajouter que les lésions observées par les auteurs sont des adhérences celluleuses, des collections séreuses, l'épaississement des méninges, leur adhésion au cerveau, etc.

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. MÉNINGITE.



ARTICLE IV.

MÉNINGITE RHUMATISMALE.

§ 1. — Considérations générales.

[Un assez grand nombre d'auteurs ont reconnu que plusieurs espèces d'accidents cérébraux se lient à la goutte et au rhumatisme, ainsi que le témoignent les expressions d'*apoplexie rhumatismale*, de *rhumatisme des méninges*, employées dans le siècle dernier, et celle de *méningite rhumatismale*, qui est de création beaucoup plus récente. Mais, avant l'époque moderne, on n'avait qu'une idée fort confuse de ces accidents, et les auteurs n'en citaient que quelques cas isolés et à titre de faits *rares*. C'est seulement dans ces dernières années que la question a été étudiée avec soin ; et, malgré quelques travaux antérieurs, c'est à la Société médicale des hôpitaux de Paris que revient l'honneur d'avoir, depuis 1852, fixé d'une manière toute particulière l'attention sur le rhumatisme cérébral. Cette grave affection a été surtout décrite avec le plus grand soin, dans son origine et ses diverses formes, par MM. Vigla et H. Bourdon, membres de cette Société. Nous devons à ce dernier la plupart des documents que nous aurons à citer dans cet article.

Avant de tracer l'historique de la question, nous devons attirer l'attention du lecteur sur deux points importants :

En premier lieu, il ne faut pas accepter sans réserve tous les faits que l'on peut rencontrer dans les auteurs comme des exemples avérés de méningite ou d'apoplexie rhumatismale. On sait que pendant longtemps l'épithète de *rhumatismale* a été appliquée à toute maladie dont l'invasion était rapide et la marche irrégulière ; à toute affection qui s'accompagnait de catarrhe des membranes muqueuses, qui naissait chez des individus à constitution arthritique, et qui reconnaissait pour cause l'action du froid ou l'influence d'une constitution médicale pendant laquelle dominaient les catarrhes et les rhumatismes. De sorte que beaucoup de maladies recevaient le nom de rhumatismales, sans avoir été précédées, accompagnées ou suivies de rhumatisme proprement dit. Nous n'acceptons pas les faits de cette nature, et nous ne parlerons que des accidents cérébraux nés pendant le cours du rhumatisme, et spécialement du rhumatisme articulaire aigu. C'est ce qui expliquera pourquoi nous avons fait un choix dans les observations des anciens auteurs.

La seconde remarque que nous avons à présenter est la suivante. Il est très légitime de reconnaître, comme étant de nature rhumatismale, tous les accidents cérébraux, légers ou graves, qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Leur physionomie particulière, leur mode de production instantanée, ne laissent aucun doute à cet égard. Mais il ne faudrait pas en conclure que tous les faits se ressemblent. Quelquefois il s'agit de méningites réelles ; d'autres fois d'accidents de fluxion ou de congestion sanguines ; d'autres fois encore d'apoplexies, sans lésions matérielles appréciables. Si l'on groupe tous ces faits sous une dénomination commune, c'est afin de ne point perdre de vue leur communauté d'origine et le lien de parenté que leur impose le rhumatisme articulaire, sous l'influence duquel ces accidents variés se développent. MM. Bourdon et Vigla ont fait cette observation avant nous ; et il résulte évidemment de leurs recherches que le nom de *rhumatisme cérébral* serait préférable à celui de *méningite rhu-*



matismale. M. Hervez de Chégoin (1) a, depuis longtemps déjà, créé cette expression, et M. le docteur Gubler l'a adoptée dans un travail récent (2).

§ II. — Historique.

Parmi les auteurs du XVIIe siècle, Sydenham est le seul qui fasse mention des accidents cérébraux nés sous l'influence du rhumatisme ; mais les renseignements qu'il donne sont très incomplets, et il faut arriver jusqu'à la fin du XVIIIe siècle pour recueillir quelques observations précises.

Storck (3) fit l'ouverture de deux sujets morts d'accidents cérébraux dans le cours du rhumatisme articulaire aigu ; et voici comment il décrit les lésions anatomiques : « *Sectione anatomica in binis his cadaveribus reperiebatur copiosissima, flava, gelatinosa materies inter membranam pulmones ambientem. Talis materies, valdè copiosa quoque, inter piam matrem et cerebrum atque cerebellum hæsit. Etiam interiores cerebri ventriculi simili gelatina pleni fuerunt.* » Boerhaave parle des douleurs de rhumatisme qui torturent (*excruciant*) les viscères, les poumons, et le *cerveau ;* mais Van Swieten (4), en commentant cet aphorisme, ne reproduit que les observations de Storck.

Stoll (5) indique, sous le nom d'*apoplexia rheumatica*, le fait suivant : « *Quidam, ex febre rheumatica per quatuordecim dies decumbens, repente delirabat, tandem sopore apoplectico correptus paucos post dies periit. Multùm aquosi laticis inter utramque meningem et in ventriculis lateralibus inventum fuit, item humor aquosocruentus infrà tentorium.* »

Scudamore (6) parle d'un cas analogue observé chez une jeune fille.

Lorry (7), sans citer des faits particuliers, paraît avoir connu les *métastases* du rhumatisme vers les centres nerveux, car il s'exprime ainsi : « *Sic arthritis quæ rheumatismi formam irregularem sibi sumit leviori de causa... sæpe apoplexiam atque phrenitidem mentita est lethum inferens.* » On trouve aussi, dans le même auteur, l'opinion nettement formulée que les métastases rhumatismales vers les centres nerveux peuvent être la cause de certaines formes de *folie* et de *mélancolie.*

Tels sont les seuls matériaux importants que nous fournit le XVIIIe siècle.

Joseph Frank (8) parle bien d'apoplexie rhumatismale ; mais il s'agit seulement de ces cas où le rhumatisme est *supposé*, c'est-à-dire où il n'y a eu aucune manifestation articulaire avant ou après les accidents cérébraux.

Nous empruntons au travail de M. Gubler la citation suivante tirée de A. Monro (9) : « La maladie (hydrocéphalie aiguë) commence quelquefois comme un rhumatisme aigu, et les symptômes de l'affection, du côté du cerveau, ne se montrent que trois ou quatre jours avant la mort. »

Nous terminerons l'énumération de ces observations incomplètes, sans aucun lien

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1845.
(2) *Archives générales de médecine*, 1857.
(3) *Anni medici atque observationes circa morbos acutos ac chronicos.*
(4) *Commentaria in H. Boerhaavii Aphorismos : — Rhumatismus*, aphor. 1491.
(5) *Ratio medendi.* Eph. sept., 1779.
(6) *Traité de la goutte et du rhumatisme*, trad. de l'anglais. Paris, 1823.
(7) *De præcipuis morborum conversionibus*, etc. Paris, 1784, p. 279.
(8) *Pathol. interne* (*Encycl. des sciences médicales*, t. III, p. 25).
(9) *The morbid anatomy of the brain.* Edinburgh, 1827.

entre elles, en signalant quelques faits relevés par Abercrombie en 1835 (1). Cet auteur cite plusieurs cas de rhumatisme qui se sont terminés par des accidents cérébraux, et il les réunit dans un chapitre qui porte le titre singulier de : « *Forme dangereuse de la méningite, qui ne laisse d'autre trace qu'une injection extraordinaire.* » Ces expressions auraient lieu de nous surprendre, si nous ne savions actuellement que le rhumatisme cérébral ne se caractérise pas toujours par une méningite réelle.

Nous entrons maintenant dans une ère nouvelle.

M. le professeur Bouillaud (2), sans avoir cité des faits particuliers, a, mieux que personne, fait comprendre la possibilité du rhumatisme cérébral en établissant la loi de coïncidence entre le rhumatisme articulaire aigu et l'inflammation des membranes séreuses viscérales. M. le docteur Gubler (3) exprime très heureusement l'influence de cette grande idée médicale, lorsqu'il dit : « En démontrant le rhumatisme du cœur, M. le professeur Bouillaud préparait l'avénement du rhumatisme cérébral. »

Et en effet c'est depuis cette époque seulement que nous voyons apparaître des travaux suivis sur ce sujet.

Chomel et Requin (4), tout en combattant les opinions de M. Bouillaud, n'ont pas pu méconnaître l'influence du rhumatisme sur la production des troubles cérébraux, et ils ont donné une certaine extension à l'étude de ce point d'étiologie.

En 1843, M. G. Ferrus (5) s'exprimait en ces termes relativement au rhumatisme cérébral : « Il n'est pas très rare de voir le rhumatisme articulaire donner lieu à une phlegmasie des méninges. Notre parent Ferrus (6), médecin de l'hôpital de Briançon, a rapporté entièrement à ce sujet une observation très intéressante. » Suit l'observation où l'on voit un malade traité d'abord par un éméto-cathartique, des saignées, et ensuite par les bains froids ; ces derniers firent disparaître les douleurs articulaires, mais produisirent un délire très violent. Un vésicatoire appliqué entre les deux épaules sauva le malade.

... Plus loin, après avoir placé dans les méninges le siége de la métastase rhumatismale, M. Ferrus ajoute : « La méningite par cause rhumatismale est une maladie assez fréquente, et il m'est arrivé souvent d'avoir à signaler l'existence du rhumatisme dans l'étiologie des maladies mentales, et particulièrement dans celles qui se compliquent d'accidents du côté de la mobilité. » Cette dernière opinion, déjà ancienne, avait été nettement formulée, comme nous l'avons vu, par Lorry, et nous la trouverons de nouveau développée, de nos jours, par M. Mesnet.

La même question fut reprise plus tard par M. Hervez de Chégoin (7) dans un mémoire malheureusement trop court, mais appuyé sur des observations.

M. Sée (8) vint ensuite donner une importante extension à la question en établissant la relation du rhumatisme et de la chorée.

(1) *Des maladies de l'encéphale*, traduction de M. Gendrin, 3e édit. Bruxelles, 1837, p. 74 et suivantes.

(2) *Recherches nouvelles sur le rhumatisme*. Paris, 1835. — *Traité clinique du rhumatisme articulaire*. Paris, 1840.

(3) *Études sur le rhumatisme cérébral* (*Archives de médecine*, mars 1857).

(4) *Leçons de clinique médicale*. Paris, 1837, t. II, p. 185, 209, 416.

(5) *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XXVII, art. RHUMATISME.

(6) *Journal général de médecine*, 1790.

(7) *Gazette des hôpitaux*, 1845.

(8) *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1850, t. XV, p. 373.

Depuis cette époque, les travaux se multiplient à tel point, que nous ne pouvons que les indiquer sommairement.

En 1852, M. Gosset (1) publie une observation de méningite rhumatismale recueillie dans le service de Requin. Cette communication est l'objet d'un rapport de Valleix (2), et d'une note de M. H. Bourdon (3). Cette note devient, malgré sa brièveté, le point de départ de tous les travaux récents ; elle fixe définitivement l'attention sur ce point de pathologie, car l'auteur soulève toutes les questions qu'il importe d'élucider, il assigne au rhumatisme cérébral sa véritable place dans le cadre nosologique, et il en étudie les principales formes.

En 1853, M. Vigla (4) publie un mémoire très intéressant sur les complications cérébrales dans le rhumatisme articulaire aigu.

Nous citerons ensuite un mémoire de M. Cossy (5), une observation de Sandras (6), et une autre de M. Picard (7). M. Mesnet (8), dans un mémoire intéressant, établit, après Lorry et M. G. Ferrus, le rôle du rhumatisme cérébral dans la production de certaines formes de l'aliénation mentale. De nouvelles observations sont publiées par M. Thore dans le cours de la même année 1856.

M. Gubler (9), en 1857, résume, pour ainsi dire, la question et présente des remarques ingénieuses sur les différents points importants de cette étude. L'étiologie et la classification des formes du rhumatisme cérébral sont surtout bien développées. Ce mémoire donne lieu à un rapport de M. Sée (10) et à de nouvelles remarques de M. Bourdon (11) sur l'action du sulfate de quinine.

Enfin les derniers travaux consistent dans des observations nouvelles de M. Vigla (12) et dans une discussion au sein de la Société des médecins des hôpitaux.

Parmi les observations éparses, nous en citerons une qui fut communiquée à M. Bourdon par l'un des annotateurs de ce livre (13).

Enfin nous devons faire remarquer que, sous le nom de *vertige arthritique* (14), on pourrait bien avoir décrit quelques cas de rhumatisme cérébral. A la vérité ce seraient des cas légers, puisque la mort n'en a pas été la conséquence, mais ils nous paraissent devoir constituer une des formes de l'affection que nous étudions en ce moment.

(1) *Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1852, 2e fascicule, p. 79.
(2) *Ibid.*, p. 90.
(3) *Ibid.*, p. 98.
(4) *Ibid.*, 1853, 3e fascicule, p. 36.
(5) *Archives générales de médecine*, mars 1854.
(6) *Gazette des hôpitaux*, 15 mars 1856.
(7) *Ibid.*, 2 septembre 1856.
(8) *Archives génér. de méd.*, juin 1856.
(9) *Étude sur le rhumatisme cérébral* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1857).
(10) *Union médicale*, 7 avril 1857.
(11) *Ibid.*
(12) *Bulletin de la Société des hôpitaux*, 1858, n° 1.
(13) V. A. Racle, *Thèse*. Paris, 1848, observ. p. 31 et suiv.
(14) Sydenham, *De arthritide anomala*. — Van Swieten, *Comment. in Herm. Boerhaavii Aphorismos*, aphor. 1494. — Musgrave, *De arthritide*. — P. Frank, *Traité de médecine pratique*, trad. par Goudareau. Paris, 1842, t. II, p. 403. — Joseph Frank, *Pathol. interne*, art. *Vertige*. — Barthez, *Maladies goutteuses*, t. II, p. 422. — Max. Simon, *Mémoire sur le vertige nerveux* (*Mémoires de l'Acad. impér. de méd.*, 1858, t. XXII).



§ III. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après ce que nous avons dit dans nos considérations générales, on voit que, sous le nom impropre de *méningite rhumatismale*, on comprend non-seulement des cas de méningite proprement dite, mais encore des cas de simple congestion, d'apoplexie nerveuse et d'accidents ataxiques, nés sous l'influence du rhumatisme. Malgré la dissemblance apparente de ces faits, nous regardons comme très important de ne les point isoler, en raison de la communauté de leur origine ; et, avec tous les auteurs modernes, nous continuerons à comprendre sous cette dénomination *tous les accidents cérébraux plus ou moins graves qui coïncident avec le rhumatisme articulaire aigu.* Nous avons déjà dit que le nom de rhumatisme cérébral serait plus convenable, mais il n'est pas encore généralement accepté.

Les diverses dénominations sous lesquelles cette affection a été décrite, sont les suivantes : *phrenitis arthritica*, *apoplexia rheumatica*, *apoplexie rhumatismale*, *apoplexie arthritique*, *vertige arthritique*, *rhumatisme des méninges*, *rhumatisme cérébral ;* la plupart des auteurs qui ont écrit sur la goutte, décrivent la méningite rhumatismale comme une des formes de la *goutte anomale.*

La méningite rhumatismale n'est heureusement *pas fréquente*, car la plupart les médecins n'en ont guère observé qu'un ou deux exemples dans le cours d'une longue pratique. Cependant M. Bourdon croit que cette affection est plus commune depuis quelques années, et M. Vigla, médecin de la maison municipale de santé de Paris, en a recueilli, en 1852, 5 observations sur 65 cas de rhumatisme articulaire aigu ; trois malades ont succombé. « Il résulte de ces chiffres, dit cet auteur, que les complications cérébrales ont été observées dans cette maladie une fois sur 13, et la terminaison par la mort une fois sur 22. » Ces faits portent M. Vigla à se demander si les médecins ne laissent pas passer inaperçus les accidents cérébraux du rhumatisme ; si la méningite rhumatismale ne se développerait pas plus fréquemment dans certaines maisons de santé que dans d'autres établissements hospitaliers, et enfin si elle ne serait pas déterminée par l'action perturbatrice de certains traitements usités de nos jours. On pourrait aussi poser la question de savoir si la fréquence de ces accidents cérébraux ne résulterait pas d'une constitution médicale particulière à ces dernières années. Nous reviendrons sur quelques-uns de ces points dans l'étiologie.

§ IV. — Symptômes.

Le rhumatisme cérébral se manifeste par des symptômes si variables, qu'il est difficile d'en donner une description générale. Voici cependant ce que l'on observe le plus ordinairement.

Jusqu'à présent *on n'a pas encore vu les accidents cérébraux se développer dès le début* du rhumatisme ; ils sont toujours *précédés de douleurs* articulaires plus ou moins généralisées. Van Swieten (1) parle seul du rhumatisme cérébral antérieur aux douleurs articulaires. MM. Bourdon et Vigla ont signalé un phénomène prodromique d'une haute importance : c'est un sentiment d'*inquiétude*, de *crainte* et quelquefois de *terreur* qui se manifeste longtemps à l'avance ; le malade

(1) Aphor. 1495.

est assailli de pressentiments funestes, il craint la mort et il a l'idée d'une fin prochaine. Cependant on ne constate aucun autre signe dangereux. Bientôt cependant le malade présente une *grande agitation*, de la *loquacité* et du *délire*, ou bien tombe rapidement dans un *sommeil comateux* interrompu par des *tressaillements musculaires* ou par de légères *convulsions*. La circulation se modifie : le pouls devient plus *fréquent*, *petit*, *irrégulier;* la respiration est tantôt rapide, tantôt rare. Le plus ordinairement la *tuméfaction des articulations a disparu*. Si la fluxion articulaire se reproduit, le malade peut être sauvé ; dans le cas contraire, il succombe rapidement. La durée de ces accidents peut ne pas dépasser quelques heures ou durer de deux à cinq jours. Cette invasion si soudaine, si imprévue, d'accidents graves, dans une maladie généralement considérée comme peu dangereuse, a toujours frappé les médecins ; et c'est pour ce motif qu'on a publié un assez grand nombre de faits de ce genre.

Mais nous avons dit que tous les cas ne se ressemblent pas, aussi allons-nous étudier les différentes formes de la maladie.

§ V. — Formes et variétés.

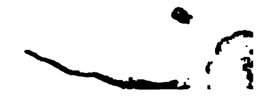
M. H. Bourdon, dans son premier mémoire (1) établit déjà deux formes du rhumatisme cérébral : 1° la *méningite* proprement dite, à laquelle appartiendrait plus de la moitié des faits, mais qui diffère à quelques égards de la méningite simple ; 2° et une forme caractérisée par des accidents cérébraux foudroyants qui rappellent l'*apoplexie*.

En 1853, M. Vigla (2) proposa de grouper les divers accidents cérébraux né sous l'influence du rhumatisme, de la manière suivante : 1° délire simple se développant dans le cours du rhumatisme, et rappelant assez bien le délire symptomatique ou nerveux observé dans un grand nombre de maladies aiguës fébriles, de cause interne ou traumatiques, ou, en peu de mots, *rhumatisme compliqué de délire ;* 2° délire et réunion de la plupart des symptômes, et probablement des lésions propres à la méningite : *méningite rhumatismale* des auteurs ; 3° état ataxique, brusque et imprévu, bientôt remplacé par un collapsus ou un coma mortel : *apoplexie rhumatismale* de Stoll et de quelques auteurs.

M. Gubler, en 1857, admet : 1° une *céphalalgie* rhumatismale de forme congestive ; 2° un *délire* passager, ne laissant à sa suite aucune lésion anatomique ; au délire aigu se rattacherait la *folie rhumatismale* (Mesnet) ; 3° une *méningite* ou une *méningo-encéphalite* diffuse ; 4° une *apoplexie rhumatismale*, qui cependant peut être contestée.

Nous ne voyons pas pourquoi on chercherait à limiter si rigoureusement le nombre des manifestations cérébrales du rhumatisme. Puisqu'une diathèse aussi puissante peut affecter les centres nerveux dans leur état anatomique et dans leurs actes fonctionnels, il nous semble qu'elle peut se traduire par un grand nombre d'expressions différentes. Cette manière de voir est tellement conforme à l'observation des faits, que M. Gubler lui-même, après avoir déclaré *insuffisants* les faits d'apoplexie cérébrale, finit par « *prévoir* la possibilité de véritables apoplexies sanguines et de ramollissements, voire même de dégénérescences organiques du

(1) *Actes de la Société médicale des hôpitaux*. Paris, 1852, p. 104.
(2) *Ibid.*, 1853, p. 47.



cerveau, déterminés par la cause rhumatismale. » C'est aller plus loin que nous n'oserions le faire. Dans tous les cas, cependant, nous ne voulons point fermer la liste des accidents cérébraux du rhumatisme, et nous allons énumérer toutes les formes que l'*observation clinique* a révélées jusqu'à ce jour.

Forme céphalalgique. — M. Gubler rapporte l'observation d'une dame de cinquante-cinq ans, qui, après avoir ressenti une céphalalgie de forme gravative sans fièvre, fut prise de douleurs articulaires rhumatismales. La céphalalgie disparut au moment où les douleurs se manifestèrent et où la fièvre apparut. Van Swieten avait déjà signalé la difficulté de diagnostiquer la nature d'une semblable céphalalgie. Ce qu'il y eut de singulier dans le cas de M. Gubler, c'est que le sulfate de quinine, administré à la dose d'un gramme, ne réveilla pas la douleur de tête.

On pourrait se demander si la céphalalgie n'a pas été, dans ce cas, un simple *prodrome* ou un *prélude* de maladie plutôt qu'une manifestation *déjà* rhumatismale.

Forme vertigineuse. — Jusqu'à présent on n'a pas encore recueilli dans les auteurs les exemples de *vertige* développés sous l'influence du rhumatisme (*vertige arthritique*) (1), cependant il est important de les rapprocher des faits qui précèdent et de ceux qui suivent, pour donner une idée des apparences variées que peut revêtir le rhumatisme cérébral. Nous savons que les auteurs les plus autorisés ont émis quelques doutes à cet égard, et que M. Max Simon (2) en particulier a pu se demander si les individus chez lesquels le retour irrégulièrement périodique d'une affection goutteuse constitue une véritable servitude pathologique, sont plus sujets que d'autres au vertige nerveux. Quoi qu'il en soit de ce doute, la question mérite d'être examinée, car ce n'est pas sans motifs qu'elle a été posée par Sydenham, Musgrave, Bang, Stoll, P. et J. Frank, Barthez, etc. Sydenham (3) parle d'un rhumatisant qui vit son paroxysme ordinaire de l'automne remplacé par un vertige très pénible, et deux autres cas analogues sont cités par le même auteur. Van Swieten (4) parle d'un homme dont les vertiges fréquents disparurent par l'invasion d'une attaque de goutte.

Forme délirante et ataxique. — Dans quelques cas, le délire éclate dans le cours du rhumatisme, sans qu'il y ait rétrocession des manifestations articulaires; il semble alors que ce délire soit sympathique, et semblable à celui que l'on observe dans beaucoup de phlegmasies ou de fièvres éruptives; en général, il n'a pas de suites fâcheuses. Cependant le délire persistant peut se lier à des altérations lentes et progressives des méninges et de l'encéphale, et la *folie rhumatismale* peut en être la conséquence (Mesnet).

Forme méningitique. — *Méningite rhumatismale.* — C'est celle qui comprend le plus grand nombre de faits, ainsi que le démontrent les observations de Storck, de Stoll, de M. Gosset et de la plupart des auteurs modernes. Et aussi, comme nous l'avons dit, M. H. Bourdon établit, par des relevés, que la méningite rhumatismale constitue plus de la moitié des accidents cérébraux du rhumatisme.

Sous le rapport anatomique, elle ne diffère pas de la méningite simple; et, comme le dit M. Gosset, à l'aspect des lésions, il serait impossible de distinguer la ménin-

(1) Voy. t. II, p. 16.
(2) *Mémoire sur le vertige nerveux.*
(3) *De arthritide anomala.*
(4) *Loc. cit.*, t. IV, p. 290, aphor.

ningite rhumatismale de la méningite ordinaire. Mais il n'en est plus de même sous le rapport des symptômes. M. H. Bourdon a noté comme différences l'*absence des vomissements* et de la *céphalalgie* dans la méningite rhumatismale. Le clinicien ne doit éprouver en cela aucune surprise, s'il se rappelle que la péricardite et l'endocardite rhumatismale ne se révèlent que par des symptômes physiques, et nullement par des accidents fonctionnels. Nous ne pouvons pas dire que cela nous paraît naturel, mais au moins que c'est au milieu d'un grand silence physiologique que se manifestent, en général, les accidents du rhumatisme viscéral.

Pour terminer l'exposition des symptômes de la méningite rhumatismale, nous devons dire que sa marche est bien plus rapide que celle de la méningite simple; que les accidents d'*excitation* ont une très courte durée, et qu'ils sont rapidement remplacés par ceux de la période de *coma*. Quant aux lésions anatomiques, elles varient considérablement, et s'étendent depuis la simple congestion (Abercrombie) et l'exhalation séreuse ou séro-gélatineuse (Storck, Stoll), jusqu'à la suppuration des méninges. Ajoutons enfin que ces lésions peuvent aller jusqu'à la suppuration et à la production d'une méningo-encéphalite diffuse (Gubler, Mesnet).

Forme apoplectique. — Apoplexie rhumatismale. — Il y a, dit M. H. Bourdon, des faits que l'on ne peut que difficilement rapporter à une véritable inflammation des méninges. Et, en effet, ce sont là des cas foudroyants où un rhumatisant tombe subitement dans le coma, sans avoir passé par la période d'excitation de la méningite. A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion importante des méninges. Le malade a été emporté par une perturbation des fonctions cérébrales, plutôt que par une lésion matérielle évidente. Quelques traces de congestion des vaisseaux encéphaliques ne sauraient éveiller l'idée d'une inflammation intracrânienne, et c'est à cet ordre de faits que se rattachent les observations de Scudamore, d'A. Petit, de Guérin, d'Abercrombie, de M. Hervez de Chégoin, de M. Racle, de M. Thore et de M. Bourdon.

Ce qui signale cette forme apoplectique, c'est que, dans aucun cas, les malades n'ont été agités par des *convulsions*, et que, s'ils ont éprouvé quelques phénomènes d'*excitation*, ils ont été rapidement plongés dans la *période comateuse*. La *terminaison* a toujours été *funeste*, et jamais la vie ne s'est prolongée plus de douze heures (1).

M. Gubler a élevé quelques doutes sur la réalité de l'*apoplexie rhumatismale*, en se demandant si l'on ne pourrait pas expliquer les accidents désignés sous ce nom par la formation de *caillots sanguins dans le cœur*. Cette hypothèse ne peut pas encore être discutée complétement, le nombre des autopsies n'étant pas encore assez considérable. Cependant la marche des accidents n'autorise pas complétement cette manière de voir; en effet, M. Gubler lui-même dit qu'à l'invasion des accidents cérébraux la fièvre se calme et le pouls se ralentit. Tout au contraire, le pouls s'accélère, et bat d'une manière désordonnée, quand il se forme des caillots dans le cœur. De nouvelles recherches sur ce point sont donc nécessaires.

Forme hémiplégique. — Afin de n'omettre aucun des faits qui nous ont été communiqués, nous devons mentionner un cas particulier d'une apparence assez insolite. M. H. Bourdon a observé, il y a quelque temps, une hémiplégie du côté gauche du corps, développée dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, chez

(1) H. Bourdon, *loc. cit.*, p. 101.

un homme d'environ quarante ans. La paralysie n'était pas tout à fait complète; mais elle a persisté sept jours, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'une pneumonie ait entraîné la mort du malade. A l'autopsie, on a trouvé une congestion des méninges et du cerveau, accompagnée d'une suffusion sanguine de la pie-mère et de la surface de l'encéphale. Bien que ces lésions existassent des deux côtés, elles étaient notablement plus étendues et surtout plus prononcées sur l'hémisphère droit que sur le gauche. Il n'y avait pas d'hémorrhagie dans le cerveau lui-même.

Un deuxième exemple d'hémiplégie rhumatismale a été observé par M. le professeur Trousseau (1).

Cet exemple est le seul qui ait été publié, car l'observation de M. H. Bourdon est encore inédite; mais nous signalerons une différence importante entre les deux faits. Dans le cas de M. Bourdon, il y avait eu, avant l'hémiplégie, des manifestations articulaires qui ne pouvaient laisser aucun doute sur la réalité du rhumatisme, tandis que, dans celui de M. Trousseau, il n'y en a eu ni avant ni après l'hémiplégie; de sorte que ce fait appartient à la catégorie des rhumatismes *présumés* dont nous avons parlé. Nous ne méconnaissons pas l'analogie qui existe entre ce cas et un rhumatisme réel, puisque les accidents ont été variés, mobiles et constitués par de simples fluxions sanguines; mais enfin le rhumatisme n'est pas évidemment démontré, puisqu'il n'y a pas eu de fluxions articulaires.

Enfin nous avons déjà dit (t. Ier, p. 878) que le rhumatisme s'accompagne quelquefois d'accidents de *tétanos*.

§ VI. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons déjà signalé la *marche rapide* des diverses formes du rhumatisme cérébral, et nous voulons rappeler de nouveau que ces formidables accidents surviennent inopinément. Ainsi, *au milieu de la nuit*, un rhumatisant est brusquement frappé de *délire* ou de *coma*, et il succombe en quelques heures. S'il s'agit d'une *méningite*, les accidents de la *période d'excitation* ne durent que très peu de temps; enfin, les accidents articulaires et les accidents cérébraux ne sont pas toujours dans les mêmes rapports : tantôt les douleurs articulaires disparaissent pour faire place aux accidents cérébraux, et alors le danger est grand; tantôt, au contraire, elles persistent, et il y a quelque espoir de sauver les malades.

« Quelquefois, dit M. Gubler, les arthrites se calment beaucoup pendant la durée des accidents cérébraux. Je proposerais une interprétation, fondée en partie sur l'observation des phénomènes qui se passent dans le cours de la fièvre typhoïde. Dès que le délire devient continu et intense, dès que la forme cérébrale devient prédominante, le pouls se calme; la chaleur, auparavant si brûlante, s'apaise; la peau, qui était aride, s'humecte ou tout au moins s'assouplit; la langue cesse d'être brune et comme grillée, pour redevenir molle et blanchâtre. Que les symptômes encéphaliques s'évanouissent au contraire, l'appareil fébrile reparaît avec tout son cortége habituel. Ce balancement entre les symptômes cérébraux et les phénomènes fébriles indique une sorte d'antagonisme entre les centres nerveux de la vie de relation et ceux de la vie organique. Quand le cerveau fonctionne outre mesure, et dépense, dans ses manifestations désordonnées, la plus grande partie de la force nerveuse, le grand sympa-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 16 juillet 1856, — et *Clinique européenne*, 29 janvier 1859.



thique est réduit à l'inertie; mais ce dernier reprend son emploi lorsque l'autre se tait (1). »

Si la *guérison* doit avoir lieu, la *durée* du rhumatisme cérébral n'est que de *quelques jours;* si la *terminaison* doit être *funeste*, il est rare que les accidents durent plus de *douze heures*.

Trois modes de *terminaison* ont été observés : la *guérison*, qui est très rapide, mais malheureusement fort rare ; la *mort*, qui, d'après un relevé de M. Vigla, aurait lieu 30 fois sur 39 cas ; la *folie rhumatismale*, dont l'existence a été parfaitement établie par MM. G. Ferrus et Mesnet.

§ VII. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

On ne possède aucun renseignement sur l'influence de l'*âge* et du *sexe*. Les *saisons* froides et humides semblent agir avec une certaine puissance, car M. Vigla a observé quatre méningites rhumatismales dans les mois de septembre, octobre, novembre et décembre, et une seulement dans le mois de juillet ; et l'on trouve une proportion à peu près semblable dans les observations des autres auteurs. Enfin on a remarqué que, dans les cas mortels, les premiers accidents ont débuté pendant la *nuit*.

2° Causes occasionnelles.

On a déjà signalé un assez grand nombre de causes capables de favoriser les déterminations rhumatismales vers les centres nerveux. M. Vigla (2) s'exprime avec beaucoup de réserve en les nommant *causes présumées* ou *appréciables*, mais toutes les observations récentes tendent à confirmer la réalité de leur action.

Le *froid* est la première de ces causes, et l'on comprend facilement quelle peut être son influence dans une maladie où les sueurs sont profuses et continues. Nous venons de voir que c'est dans les mois les plus froids de l'année que se remarque la plus grande fréquence du rhumatisme cérébral. Quelquefois les malades n'ont éprouvé qu'un simple *refroidissement à l'air;* d'autres fois ils ont été soumis à l'action de l'*eau froide*, en lotions, en affusions ou sous forme de bains.

On a constaté également que le rhumatisme cérébral se développe dans les cas où les *sueurs* étaient *très abondantes*, et l'*éruption sudorale* (*sudamina*) *très confluente;* il est facile de saisir le lien qui existe entre ce fait et celui qui précède.

L'*état moral* du malade a aussi été invoqué comme cause ; et, en effet, les accidents cérébraux se développent principalement chez ceux qui ont des *inquiétudes*, des *pressentiments funestes*. MM. Vigla, Bourdon, Gubler, ont cité des cas où ce fait a été observé ; mais nous ne pensons pas que ces conditions morales soient de véritables causes, et nous reconnaissons plutôt, avec M. Vigla, qu'elles sont déjà une première manifestation du mal : « Les malades, en exprimant ces craintes, ne font que traduire au dehors le sentiment interne, mais réel, organique en quelque sorte, qu'ils ont de la gravité de leur état. »

La *suppression des douleurs articulaires*, la disparition du gonflement et de la rougeur ont eu lieu dans presque tous les cas. Un des malades observés par M. Vigla

(1) *Loc. cit.*, p. 23.
(2) *Actes de la Société des hôpitaux de Paris*, 1855, *loc. cit.*

put même se lever et marcher; le délire apparut, puis la fluxion articulaire et les douleurs revinrent, et la guérison eut lieu. Mais il est rare de voir un amendement aussi considérable et une *métastase* aussi franche du rhumatisme : en général, il n'y a qu'une résolution incomplète des accidents articulaires, et la maladie a une marche insidieuse et irrégulière.

On a insisté sur l'*influence du traitement* suivi par le malade. Nous avons déjà dit que les *bains froids* avaient été accusés de la production des accidents cérébraux. Ne peut-on pas attribuer au *sulfate de quinine* une action aussi dangereuse? Presque tous les malades observés dans ces derniers temps avaient été traités par ce médicament, employé à la dose de 50 centigrammes à 4 grammes. « On peut donc se demander, ainsi que le dit M. Vigla, si ce médicament a pu être la cause directe des accidents cérébraux, ou si, en faisant disparaître les douleurs articulaires, il n'a pas pu opérer, rapidement ou lentement, un déplacement de la cause morbifique, une métastase. » Sans entrer dans une distinction aussi délicate, nous devons faire remarquer que le sulfate de quinine est, si nous osons ainsi dire, un médicament essentiellement *céphalique*, puisqu'il produit des vertiges, de la surdité, un subdelirium, des nausées, en un mot un ensemble d'accidents cérébraux fort marqués; ne peut-il donc pas favoriser singulièrement une explosion rhumatismale vers le cerveau, non pas en *déplaçant* les accidents articulaires, mais en *appelant* de nouvelles manifestations vers la tête? Et en effet, quelquefois le rhumatisme cérébral s'est développé sans qu'il y ait eu résolution du rhumatisme des jointures.

La question est vivement controversée, mais non résolue. Plusieurs médecins nient le danger du sulfate de quinine; mais, malgré leur protestation, et comme s'il leur restait des craintes et une arrière-pensée, ils n'administrent plus ce médicament qu'avec les plus grandes précautions : ils commencent par 50 ou 60 centigrammes, élèvent ensuite lentement la dose, et s'arrêtent aussitôt qu'il survient quelques tintements d'oreilles et des vertiges. Les défenseurs du sulfate de quinine font remarquer que le rhumatisme cérébral a été observé à l'époque où ce médicament était inconnu; mais ils oublient de dire que les accidents de ce genre se multiplient beaucoup de nos jours, et que la plupart des malades récemment observés avaient pris du sulfate de quinine.

Nous croyons que pour bien comprendre l'influence de ce médicament, il faut quitter pour un moment le domaine des faits individuels, difficiles à analyser, et s'élever à des considérations de thérapeutique générale, malheureusement trop négligés de nos jours. M. Bourdon a bien voulu nous autoriser à reproduire les opinions qu'il professe sur ce sujet, mais qu'il n'a encore publiées que très incomplétement. Selon M. Bourdon, toute circonstance capable de troubler, dans sa manifestation normale et dans sa marche, le rhumatisme articulaire, peut devenir cause de rhumatisme cérébral.

Si, par des moyens violemment perturbateurs, on vient à empêcher la migration régulière d'une articulation à une autre, on n'a point détruit la diathèse rhumatismale, on l'a forcée seulement à se déplacer; si les séreuses articulaires lui sont interdites, les séreuses viscérales deviendront son domaine. Elle a besoin de s'user par des progrès et des déplacements successifs; elle ne peut pas être éliminée d'emblée; elle doit se détruire ou être détruite lentement et graduellement. Vouloir arrêter le rhumatisme, c'est la même chose que vouloir empêcher l'érup-

tion de la variole, de la rougeole et de la scarlatine : on peut conjurer ces éruptions, mais on n'a pas éteint le virus varioleux, rubéolique, etc. ; en tuant la manifestation, on peut aussi tuer le malade.

Or, selon M. Bourdon, toutes les médications violentes et perturbatrices arrivent à un résultat identique ; et, dès lors, le sulfate de quinine n'est pas en cause plus particulièrement que les saignées abondantes et répétées, les révulsifs puissants, tels que les larges vésicatoires, les dérivatifs, tels que les purgatifs, les répercussifs, comme le froid, les modificateurs puissants des fonctions organiques et nerveuses, comme la vératrine, le colchique, etc.

En adoptant ces idées, il serait facile d'assigner au sulfate de quinine sa véritable place dans l'étiologie du rhumatisme cérébral. Ce médicament n'en serait plus la cause directe, la cause déterminante ; ce serait une cause secondaire, un agent de perturbation ou de *déraillement*, si nous osons ainsi dire. Ce n'est pas sans dessein que nous avons employé cette dernière expression, car elle nous permet de rappeler que l'évolution des maladies n'est pas arbitraire ; il y a des lois de *physiologie pathologique* auxquelles toutes les maladies sont soumises, lois que l'on ne peut pas violer impunément sans s'exposer à de grands dangers. Le médecin ne doit intervenir que pour en modérer les aberrations et les excès.

Peut-être avons-nous dépassé les limites et la portée des remarques de M. H. Bourdon ; aussi, dans la crainte de n'avoir pas fidèlement interprété sa pensée, nous reproduirons ses conclusions sur ce point ; « 1° Si, comme cela paraît ressortir d'un grand nombre de faits, tout ce qui affaiblit outre mesure le rhumatisant ou trouble un peu violemment son système nerveux, prédispose aux accidents cérébraux, ne doit-on pas redouter, dans le traitement du rhumatisme, les émissions sanguines considérables et répétées, et les effets déprimants de certains médicaments, comme la vératrine et le sulfate de quinine *à doses un peu élevées?* 2° Ces derniers moyens, en faisant cesser trop subitement la douleur et la fluxion des articulations, n'agissent-ils pas à la façon du froid et des applications locales de répercussifs ou de chloroforme, et ne facilitent-ils pas l'envahissement des organes intérieurs ? 3° Sans oser accuser le sulfate de quinine, administré à doses non toxiques, d'avoir produit directement les accidents dont il est question, ce qui serait difficile à croire, puisque les malades qui les ont éprouvés n'ont pas présenté les phénomènes particuliers de l'intoxication quinique, ne peut-on pas se demander s'il n'y a pas prédisposé en agissant comme nous venons de le dire, et peut-être aussi en congestionnant plus ou moins le cerveau ? Quoi qu'il en soit, on comprendra qu'avec ces idées, nous soyons très partisan des médications douces, non perturbatrices, dans le rhumatisme articulaire aigu (1). »

Après les développements qui précèdent, la question de la *métastase* nous paraît oiseuse, et l'on peut s'en tenir à la proposition suivante : Si le rhumatisme cérébral succède à la disparition du rhumatisme articulaire, c'est une *métastase* ; s'il survient sans qu'il y ait eu rétrocession des manifestations articulaires, c'est, comme le dit M. Gubler, une *localisation* de plus.

§ VIII. — Anatomie pathologique.

Ce serait ici le lieu de se demander comment le rhumatisme, affection à laquelle

(1) *Union médicale*, 7 avril 1857.

on a pu contester le caractère franchement inflammatoire, affection dans laquelle il est à peu près inouï de trouver de la suppuration des séreuses articulaires, comment le rhumatisme, disons-nous, peut donner naissance à une méningite réellement inflammatoire, et caractérisée par des fausses membranes et de la suppuration. Le raisonnement seul ne peut lever cette difficulté, mais l'observation rend la réponse facile. Il est avéré que le rhumatisme articulaire proprement dit est, de sa nature, mobile, fugace, et qu'il ne se caractérise anatomiquement que par les lésions du premier degré de l'inflammation, c'est-à-dire par une fluxion sanguine et une exhalation séreuse, sans produits plastiques ni purulents; mais il n'est pas moins bien établi que le rhumatisme viscéral est infiniment plus fixe, plus tenace, et qu'il se révèle anatomiquement par des lésions inflammatoires de tous les degrés, y compris la suppuration et les transformations fibreuses, cartilagineuses et crétacées des produits plastiques. La péricardite et l'endocardite rhumatismales sont les exemples les plus frappants de cette différence de lésions, et cependant il serait impossible de nier que ces deux affections ne soient, au fond, de la même nature que le rhumatisme articulaire. Or il ne répugne nullement d'admettre, après ces exemples si remarquables, qu'une méningite avec suppuration puisse se rattacher au rhumatisme. D'ailleurs, la coïncidence des accidents cérébraux avec le rhumatisme articulaire dépose encore en faveur de cette opinion.

Quant aux lésions, elles sont variées comme les symptômes.

Dans quelques cas, on ne trouve aucune espèce de lésion matérielle appréciable; de même que beaucoup de douleurs articulaires et de névralgies rhumatismales se manifestent sans altération sensible des tissus.

Mais d'autres fois il y a des lésions prononcées : ainsi l'on trouve quelquefois de la congestion, comme dans les faits rapportés par Abercrombie, Chomel, MM. Bourdon, Vigla, etc.; d'autres fois c'est de la sérosité simple ou gélatiniforme dans les ventricules et à l'extérieur du cerveau (Storck, Stoll); d'autres fois enfin c'est une méningite parvenue à la période de suppuration (Gosset).

Il nous semble d'ailleurs inutile d'insister sur la description de ces lésions, qui sont absolument semblables à celles de la méningite simple, ainsi que l'a fait très bien remarquer le dernier observateur que nous venons de citer. Nous ne chercherons pas non plus, comme le font Chomel, Requin et M. Hervez de Chégoin, à distinguer des espèces, suivant que les lésions portent sur l'arachnoïde ou sur la dure-mère : cette distinction, purement anatomique, ne répond pas à la différence des symptômes observés pendant la vie.

On a posé la question de savoir quel est le siége précis de la fluxion rhumatismale des centres nerveux. Abercrombie ne voit dans ces accidents qu'une simple congestion des méninges. Chomel et Requin en placent le siége soit dans l'arachnoïde, soit dans la dure-mère. M. Ferrus, après avoir hésité entre la pulpe cérébrale et les méninges, se prononce pour ces dernières. Enfin M. Hervez de Chégoin reproduit la distinction de Chomel. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'inutilité d'une semblable controverse; car, s'il y a quelquefois une méningite réelle, il y a plus souvent encore des troubles purement fonctionnels du système nerveux encéphalique, et dès lors l'anatomie pathologique n'a plus à intervenir dans la question.

§ IX. — Diagnostic, pronostic.

Comme on le comprend, le *diagnostic* n'offre, en général, aucune difficulté; car il serait difficile d'admettre que des accidents cérébraux, développés dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, ne fussent pas d'origine rhumatismale. D'ailleurs, il ne se présente ici aucune de ces causes d'erreur que l'on rencontre dans le diagnostic de la *péricardite* et de l'*endocardite* rhumatismales. Dans ces derniers cas, en effet, l'affection peut rester *latente*, en ce sens qu'elle ne se traduit ni par des douleurs ni par des troubles fonctionnels ou matériels appréciables à la première vue; il faut savoir rechercher et interpréter leurs signes, assez profondément cachés. Dans le rhumatisme cérébral, au contraire, les signes sont éminemment apercevables : c'est du délire, du coma, ou tout autre phénomène aussi fortement accusé.

Cependant il nous semble qu'il faut signaler quelques causes possibles d'erreur. On ne prendra pas le *délire initial*, simple *phénomène prodromique*, pour une *forme ataxique* de rhumatisme cérébral. Il ne faudra pas non plus considérer comme étant de nature rhumatismale une méningite ou une apoplexie qui n'aura pas été précédée de douleurs articulaires; nous avons déjà dit que l'épithète d'affection rhumatismale avait été autrefois donnée avec trop de complaisance à des maladies qui n'avaient rien de commun avec le rhumatisme. Il est bien vrai que quelques méningites, apoplexies et céphalalgies ont été, au bout de quelques jours (Van Swieten, Gubler), suivies de manifestations articulaires; mais ces cas sont si peu nombreux et si équivoques, qu'on ne saurait les admettre qu'avec une juste défiance.

Nous rappelons de nouveau, sans pouvoir nous prononcer sur cette difficulté de diagnostic, que M. Gubler a prétendu que l'on avait peut-être désigné sous le nom d'*apoplexie rhumatismale* des cas de *formation de caillots sanguins dans le cœur*.

Le *pronostic* du rhumatisme cérébral est très grave, puisque la mortalité est de 30 sur 39, et que de plus, dans les cas de guérison, il y a encore à craindre la folie rhumatismale.

Mais ne peut-on pas prévoir le développement d'une aussi dangereuse localisation? Nous devons rappeler qu'on a signalé comme caractères précurseurs : des sueurs et une éruption sudorale abondantes, des terreurs et des pressentiments funestes. Ajoutons que, selon M. H. Bourdon, il faudrait aussi se défier de tous les traitements fortement perturbateurs, et surtout du sulfate de quinine.

Il est important ici de signaler les progrès que la médecine a faits dans l'étude du rhumatisme. Il y a à peine vingt ans, on ne connaissait guère que le rhumatisme *articulaire*, et on le considérait comme peu dangereux. Les travaux de M. Bouillaud ont fait voir combien cette sécurité était trompeuse, puisque la péricardite et surtout l'endocardite exposent les rhumatisants aux plus graves dangers, non pas dans le présent, mais *dans l'avenir*. Or les travaux modernes révèlent, dans le rhumatisme cérébral, une nouvelle source de dangers, et de dangers *prochains, imminents.*

Nous n'avons donc pas besoin d'insister pour indiquer avec quelle sollicitude le médecin doit observer l'évolution du rhumatisme, et les moindres signes qui pourraient faire prévoir l'apparition des déterminations cérébrales.

§ X. — Traitement.

La question du traitement est celle dont on s'est le moins occupé, et il n'y a pas lieu de s'en étonner quand il s'agit d'une maladie dont l'apparition est si inopinée, et qui se termine fatalement en moins de douze heures.

Les médecins modernes s'accordent presque tous pour conjurer par une *prophylaxie* bien entendue le développement du rhumatisme cérébral. Il convient tout d'abord d'éviter les *refroidissements*, et la *rétrocession des douleurs articulaires*. Si la *fluxion* du côté des *jointures* tend à disparaître, il faudra, à tout prix, la rappeler par des applications excitantes, des douches de vapeur, etc. Il faudra aussi surveiller le *moral* du malade, et éloigner de lui toutes les causes de chagrin et de tourments de l'esprit.

On surveillera avec grand soin l'effet des traitements actifs, et surtout celui du sulfate de quinine; nous avons déjà dit que l'on doit donner ce dernier médicament à dose lentement graduée, et en suspendre l'administration à la moindre apparition des vertiges, des bourdonnements d'oreille, etc.

Nous ne possédons encore aucun agent réellement utile pour le *traitement curatif*. Cependant nous rappellerons que M. Ferrus (de Briançon) guérit un de ses malades par l'application d'un large *vésicatoire entre les épaules*, et que M. Beau obtint le même succès d'un *vésicatoire sur la tête*.

Peut-être devrait-on employer l'*opium*, car on sait que ce médicament n'est pas sans utilité dans le rhumatisme; et d'ailleurs il est bon de se rappeler qu'il est, ainsi que l'a établi M. Gubler, antagoniste du sulfate de quinine.]

ARTICLE V.

TUBERCULISATION DES MÉNINGES (*méningite tuberculeuse.*)

La tuberculisation des méninges, ou, suivant une expression plus fréquemment employée, la méningite tuberculeuse, est une affection dont on peut sans doute trouver quelque aperçu vague dans les auteurs qui nous ont précédés, mais qui est néanmoins une découverte de notre époque. L'honneur de cette découverte doit être rapporté à MM. Rufz (1) et Gherard, qui, observant ensemble à l'hôpital des Enfants, ont les premiers établi l'existence d'une maladie particulière, fréquente, emportant un nombre considérable de petits malades, et que jusque-là on avait plus ou moins complétement confondue avec d'autres affections cérébrales. Il faut néanmoins rendre cette justice à Guersant, que, dès l'année 1827, il avait trouvé dans certains cas de méningite quelques particularités notables dont il avait été frappé, au point de donner à cette espèce le nom de *méningite granuleuse*. Mais, ainsi qu'il le dit lui-même, il n'avait osé encore considérer à cette époque ces granulations comme de véritables tubercules. Ce n'est que plus tard que Dance compara ces granulations aux tubercules miliaires qu'on retrouve dans les plèvres et le péritoine (Guersant, *loc. cit.*), et néanmoins tout restait encore à peu près à faire. Ce qui le prouve, c'est que dès que MM. Rufz et Gherard ont fait connaître le résultat de leurs recherches, il y a eu une espèce de révolution dans la pathologie cérébrale considérée principalement chez les enfants. Dès lors les choses les plus

(1) *Archives générales de médecine*, 2ᵉ série, t. I, p. 184.

difficiles à concevoir sont devenues faciles pour tout le monde ; on a eu la clef de tant de discussions interminables sur la nature de l'hydrocéphale aiguë, sur la fièvre cérébrale, etc. ; enfin on a pu retrouver dans les auteurs des observations qui, incomplétement comprises, avaient été le sujet de distinctions erronées : c'est ainsi, par exemple, qu'on a pu rattacher à cette méningite tuberculeuse récemment découverte l'*arachnitis de la base*, sur laquelle Parent-Duchâtelet et M. Martinet avaient tant insisté.

On ne saurait donc hésiter un seul instant à reconnaître que MM. Rufz et Gherard ont signalé une maladie qui, malgré les vagues indications mentionnées plus haut, était encore inconnue. Après ces deux habiles observateurs, les faits se sont multipliés et sont venus confirmer ce qu'ils ont avancé, en modifiant seulement, comme c'était inévitable, certains points de leur description qui demandaient un plus grand nombre d'observations pour être complétement éclairés. Je citerai en particulier, parmi les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, MM. Piet (1), Becquerel (2), Legendre (3), Barthez et Rilliet (4), Lediberger (5).

On peut dire, après avoir lu les recherches de ces auteurs, qu'il y a peu de maladies qui aient été mieux étudiées que la tuberculisation des méninges, et par conséquent nous pouvons en donner une description exacte et complète.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Cette maladie est caractérisée anatomiquement, non par une altération de l'arachnoïde, comme on l'avait cru d'abord, mais par une lésion de la pie-mère; elle consiste dans des symptômes cérébraux intenses dus à la formation de granulations tuberculeuses dans cette dernière membrane et aux lésions inflammatoires consécutives. Nous verrons plus loin comment on a démontré que ces granulations sont réellement de nature tuberculeuse.

L'affection a encore reçu les noms de *méningite tuberculeuse*, *méningo-encéphalite tuberculeuse*, *méningite granuleuse*, *affection tuberculeuse aiguë de la pie-mère*. Il est aujourd'hui démontré que c'est elle qui existait dans la grande majorité des cas désignés sous les noms d'*hydrocéphale* ou *hydrocéphalie aiguë*, et qu'on doit lui rapporter les cas désignés par Parent-Duchâtelet et M. Martinet comme des *arachnitis de la base*, et beaucoup de ceux auxquels on donnait le nom de *fièvre cérébrale*.

Le grand nombre d'observations qu'ont pu recueillir en peu d'années les auteurs cités plus haut prouve que cette affection est loin d'être rare. Nous allons voir qu'elle sévit principalement chez les enfants.

§ II. — Causes.

Parmi les causes, celles qui ont pu être étudiées avec le plus de fruit sont les causes prédisposantes; les causes occasionnelles ont au contraire presque toujours échappé à l'investigation.

(1) Thèse inaugurale, et *Gazette médicale*.
(2) *Recherches cliniques sur la méningite des enfants*. Paris, 1838.
(3) *Recherches anat. pathol. et clin. sur quelques maladies de l'enfance* (Paris, 1846) : *Étude sur les deux formes de la méningo-encéphalite tuberculeuse*.
(4) *Traité des maladies des enfants*, t. III.
(5) Thèse inaugurale.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Les enfants, disent MM. Barthez et Rilliet, qui ont fait des recherches exactes sur ce point, sont sujets à la méningite tuberculeuse, principalement à l'âge de six à dix ans; puis par ordre de fréquence : de trois à cinq ans, de onze à quinze ans, et enfin d'un à deux ans. Chez les adultes, les recherches de M. Lediberder, dont j'ai donné ailleurs le résumé (1), ainsi que les faits publiés depuis, ont fait voir que cette affection est surtout fréquente de dix-sept à quarante ans, c'est-à-dire à l'époque de la plus grande fréquence de la phthisie pulmonaire.

Sexe. — MM. Barthez et Rilliet ont trouvé beaucoup plus souvent la tuberculisation des méninges chez les garçons que chez les filles; mais ils conviennent que le nombre de leurs observations est trop peu considérable pour donner ce résultat comme définitif. Et, en effet, les observations de M. Pivent (2) semblent conduire à un résultat contraire; car sur 40 cas, il a trouvé 27 filles et 13 garçons. Chez les adultes, j'ai vu les hommes plus fréquemment atteints de cette affection que les femmes.

Constitution, tempérament. — Il est évident que la plupart des sujets affectés de tuberculisation des méninges doivent avoir une constitution débile, parce que les progrès de la phthisie pulmonaire, dans le cours de laquelle elle se développe, ont nécessairement détérioré l'organisme; mais, si l'on fait abstraction de ces causes, et si l'on n'a égard qu'à ceux où la maladie surprend les enfants dans un état de bonne santé apparente (et l'on sait qu'ils ne sont pas rares), on ne voit ordinairement dans la constitution aucun signe de faiblesse. On a signalé le *tempérament lymphatique* comme favorisant le développement de la méningite tuberculeuse, ainsi qu'on l'a fait pour la production des tubercules en général.

Saisons. — D'après les recherches de MM. Piet, Barthez et Rilliet, la maladie s'est montrée le plus fréquemment au printemps.

Maladies antérieures.—On a vu l'affection se déclarer, dans un certain nombre de cas, à la suite d'une rougeole, ou d'une autre affection fébrile, ou après la suppression d'un exanthème; mais ces causes, dont nous avons déjà signalé les premières en parlant de la *phthisie*, peuvent être regardées aussi bien comme occasionnelles que comme prédisposantes. On ne les a, d'ailleurs, pas notées fréquemment.

2° Causes occasionnelles.

« On a, disent MM. Barthez et Rilliet, rangé parmi les causes de la méningite tuberculeuse l'*insolation*, la *frayeur*, un *accès de colère*, une *chute*, des *coups sur la tête*, la répercussion des maladies du cuir chevelu; mais ces accidents, comme tous ceux du même genre, ne peuvent être regardés que comme ayant déterminé la naissance d'une phlegmasie déjà imminente. » Je dirai plus : il me paraît certain que, dans un bon nombre de cas, il n'y a eu que de simples coïncidences.

Voilà, du reste, tout ce que nous pouvons dire relativement aux causes occasionnelles, dont on ne peut observer aucune apparence dans le plus grand nombre des cas.

(1) Voy. *Archives générales de médecine*, janvier 1838 : *De la méningite tuberculeuse chez l'adulte.*
(2) Thèse, Paris, 1852.

3° Conditions organiques.

Un point sur lequel il faut particulièrement insister, c'est que les granulations tuberculeuses de la pie-mère se produisent chez des sujets qui ont également des *tubercules dans les poumons*. Cette règle ne souffre aucune exception dans la tuberculisation des méninges chez l'adulte. Tous les sujets qui avaient passé l'âge de l'enfance, et dont nous connaissons l'observation, étaient *phthisiques*. Chez les enfants, nous trouvons la même coïncidence dans l'immense majorité des cas. Ainsi, sur vingt-huit cas observés par M. Legendre, une fois seulement il n'y avait pas de tubercules dans les poumons, et malheureusement l'auteur ne dit pas si, chez ce sujet, les ganglions bronchiques en étaient également exempts. Sur dix-sept cas, M. Becquerel n'en a aussi trouvé qu'un seul dans lequel le poumon ne présentât pas de tubercules; mais, dans ce cas, il y avait eu les symptômes de la tuberculisation des méninges, sans qu'on en trouvât les lésions à l'autopsie; et c'est un point sur lequel je devrai revenir plus tard. Enfin, dans onze cas observés par M. Pivent (1), on trouvait dix fois des tubercules dans les poumons; dans le onzième cas, les ganglions bronchiques et mésentériques étaient tuberculeux. On le voit donc, ces exceptions mêmes n'ont pas toute la valeur qu'on pourrait leur supposer au premier abord, et, par conséquent, c'est un fait parfaitement établi que la tuberculisation des membranes du cerveau coïncide avec celle des poumons.

Maintenant peut-on dire que, même pendant l'enfance, la méningite tuberculeuse se développe chez les *phthisiques;* qu'elle n'est, en d'autres termes, qu'une lésion secondaire, qui, par la rapidité avec laquelle elle marche et emporte le sujet, prend bientôt le premier rang? M. Legendre est le seul, à ma connaissance, qui ait élevé des objections à cet égard. Pour lui, la méningite tuberculeuse qui se déclare au milieu d'une bonne santé apparente, et après la terminaison funeste de laquelle on ne trouve dans le poumon que quelques granulations tuberculeuses, est une affection qui ne s'est pas développée chez des phthisiques; il pense que, en pareil cas, il y a eu une tuberculisation générale qui s'est manifestée en même temps, et dans les poumons, et dans les membranes du cerveau, et dans plusieurs autres organes. On voit que c'est encore là la même question que j'ai été obligé de discuter à propos des granulations tuberculeuses du péritoine.

Je ne crois pas que l'opinion de M. Legendre soit admissible, et je pense que l'on doit regarder la tuberculisation des méninges comme une affection *propre aux phthisiques*. Nous avons vu, en effet, que, dans presque tous les cas, les poumons ont présenté des tubercules, et si chez quelques enfants on ne trouvait ces productions morbides que dans les ganglions bronchiques, il ne faudrait pas oublier qu'à un âge peu avancé la tuberculisation de ces ganglions remplace en quelque sorte la phthisie pulmonaire. D'un autre côté, nous voyons, dans un très grand nombre de cas, la phthisie précéder d'une manière évidente la méningite tuberculeuse. En outre, nous connaissons la préférence marquée qu'ont les tubercules à se montrer dans les poumons. Enfin, et c'est là un point important, nous savons que, dans un bon nombre de cas, les renseignements sur l'état de santé antérieur des enfants, s'ils ne nous ont pas fait connaître l'existence évidente d'une phthisie pulmonaire, ont du moins révélé quelque trouble de la santé qui se rapporte plutôt à une lésion des

(1) *Loc. cit.*

poumons qu'à une altération de tout autre organe. Il est donc tout naturel, lorsqu'on trouve à la fois des tubercules dans les méninges et dans les poumons, de penser qu'ils se sont d'abord développés dans ces derniers organes; or, dès ce moment, les sujets étaient évidemment phthisiques, bien que dans un état de bonne santé apparente; puis les granulations tuberculeuses s'étant emparées des méninges, ont, par une cause qu'il ne nous est pas ordinairement possible de découvrir, fait de grands progrès et emporté le malade. C'est ainsi que se passent les choses lorsque nous pouvons suivre dans tous ses détails la marche de la maladie, et l'on ne voit pas pourquoi on supposerait qu'il en est autrement dans le cas où la phthisie pulmonaire a une marche très lente ou latente. Il peut y avoir quelques exceptions, mais elles ne sauraient détruire la règle.

Quant aux tubercules trouvés dans les autres organes, ils sont, comme la méningite elle-même, un résultat de la tuberculisation générale, qui succède à celle des poumons, et n'ont par conséquent pas d'importance en ce moment.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes on a proposé plusieurs divisions. Guersant distingue trois périodes dans le cours de la maladie; M. Rufz n'en reconnaît que deux, et MM. Barthez et Rilliet se bornent à décrire successivement les symptômes fournis par les divers appareils, faisant remarquer que, au lit du malade, ces distinctions disparaissent souvent presque complétement, ce qui est exact d'une manière générale. Cependant il est certain qu'au début et à la fin de la maladie, il y a des symptômes dominants qui diffèrent sensiblement; aussi diviserai-je la maladie en deux périodes, et dirai-je un mot des autres divisions proposées, en parlant de sa marche dans le paragraphe suivant.

M. Legendre établit une distinction profonde entre les deux formes de la maladie qu'il a admises, et pour lui la différence fondamentale consiste en ce que, dans la méningite survenue chez les sujets dans un état de bonne santé apparente, l'explosion de cette maladie vient donner le premier éveil sur l'existence d'une tuberculisation générale, tandis que, dans celle qui se déclare chez les enfants malades, l'existence d'une phthisie, durant depuis plus ou moins longtemps, est un caractère essentiel qui la sépare de la précédente. De plus, ajoute cet auteur, il y a, suivant les cas, dans la dernière forme, des différences assez grandes dans la manifestation et la succession des symptômes pour qu'on puisse se croire autorisé à reconnaître d'assez nombreuses variétés. Les remarques de M. Legendre sont justes; mais il me paraît s'être un peu trop préoccupé de ces différences, qui ne changent pas assez la physionomie de la maladie pour qu'un observateur attentif ne puisse la reconnaître facilement et en suivre les progrès. Il suffit, par conséquent, d'avoir signalé ces particularités, et je peux passer à la description des symptômes.

Début.— Soit dans le cours d'une phthisie confirmée, ce qui s'observe constamment chez les adultes, soit dans un bon état de santé apparente, ce que l'on a noté plusieurs fois chez les enfants, on voit survenir une céphalalgie remarquable par sa persistance et généralement par sa violence. Puis on observe des vomissements, de la tristesse, un malaise général, et ces symptômes continuant ou prenant une plus grande intensité à mesure qu'il s'en montre d'autres, la maladie ne tarde

pas à être confirmée. D'après MM. Barthez et Rilliet, la céphalalgie, chez les enfants, est bientôt accompagnée des autres symptômes; mais il résulte des faits recueillis par M. Lediberder et de ceux que j'ai observés plus tard, que la méningite tuberculeuse peut être annoncée par une céphalalgie durant trois, quatre, cinq jours, et plus, avant qu'il survienne d'autres phénomènes qu'un malaise que les malades ne peuvent souvent pas définir. Dans quelques cas, au contraire, la céphalalgie, les vomissements, la constipation, l'agitation, la fièvre, se développent presque en même temps. Il y a de nombreuses nuances dans la manifestation de la maladie.

Symptômes. — *Première période.* — Lorsque la maladie est confirmée, la *douleur* (céphalalgie) est encore, pendant un certain temps, un des symptômes les plus remarquables. Elle est ordinairement vive; les malades s'en plaignent exclusivement ou presque exclusivement. Alors même qu'ils sont plongés dans la stupeur, si on leur demande où ils souffrent, ils portent la main à leur tête. Les enfants trop jeunes pour pouvoir répondre manifestent cette douleur en portant la main au front, en se prenant la tête avec les mains, en l'agitant à droite et à gauche.

La céphalalgie est ordinairement générale, quoique plus prononcée vers le front; quelquefois elle occupe le sommet de la tête.

Cris hydrencéphaliques. — M. Coindet a particulièrement signalé des cris aigus douloureux, poussés par les enfants affectés d'hydrocéphale aiguë. Or nous savons maintenant que presque tous les cas désignés sous ce nom d'*hydrocéphale aiguë* doivent être rapportés à la tuberculisation des méninges; aussi retrouvons-nous, dans cette affection, les *cris hydrencéphaliques*. On les a notés plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes; mais ils ne sont pas très rares chez ces derniers. Il n'est pas douteux qu'ils ne soient arrachés au malade par la violence de la douleur.

Les *facultés intellectuelles* restent néanmoins encore intactes ou presque intactes. Les malades répondent exactement et assez rapidement aux questions; seulement ils ont un *assoupissement léger* dont il est très facile de les tirer : c'est le commencement de la somnolence, du coma, si remarquables dans la seconde période.

La *face* présente déjà à cette époque une altération assez marquée pour frapper l'observateur. Elle est pâle; mais cette pâleur alterne presque toujours avec une rougeur subite qui paraît et disparaît rapidement à des intervalles plus ou moins rapprochés. Il y a dans le regard quelque chose d'étonné, de lent, qui est très remarquable.

Dans cette première période on ne trouve ni dans la *vision* ni dans l'état des *yeux* rien d'important; il en est de même relativement aux autres organes des sens.

Il est rare qu'il y ait des *convulsions* dès les premiers jours de la maladie. Cependant MM. Barthez et Rilliet en ont observé quelques exemples, mais le premier de ces observateurs a remarqué que, dans les cas de méningite qui, à une époque rapprochée du début, présentaient ce symptôme, on avait ordinairement affaire à une méningite simple, et non à une méningite tuberculeuse. Les autres troubles de la motilité et de la sensibilité ne se montrent pas dans cette période; nous les retrouverons plus loin.

Du côté du *tube digestif*, on observe les *vomissements* notés dès le début et qui se prolongent pendant deux ou trois jours, et quelquefois davantage. Ces vomisse-

ments sont signalés par les auteurs comme constants ; cependant j'ai cité un cas (1) remarquable également sous d'autres rapports, comme je l'indiquerai plus loin, dans lequel les vomissements ont complétement manqué. Ces vomissements sont ordinairement bilieux et au nombre de deux ou trois chaque jour.

La *constipation* est un symptôme extrêmement fréquent. MM. Barthez et Rilliet et les auteurs précédemment cités ont rapporté quelques cas où les selles étaient naturelles ou bien diarrhéiques ; mais ces cas sont exceptionnels. L'action de la maladie sur les évacuations alvines est telle, que, même chez les sujets atteints d'une diarrhée abondante, on peut la constater. On voit, en effet, en pareil cas, la constipation succéder au dévoiement, ou du moins les selles devenir notablement plus rares et moins liquides. Le *ventre* est, du reste, indolent et bien conformé, à moins de complication.

A cette époque de la maladie on n'observe rien de remarquable du côté de la *bouche*, et l'*haleine* ne présente rien de particulier. Il n'est pas très rare de voir, chez les enfants surtout, l'*appétit* conservé en partie pendant cette première période ; mais il est ordinaire aussi de les voir rejeter les aliments par le vomissement peu de temps après les avoir ingérés. La *soif* est nulle ou médiocre.

Une *faiblesse* assez marquée se manifeste chez tous les malades. Cependant elle n'est pas telle, dès les premiers jours, qu'ils soient obligés de garder le lit. Parmi les enfants, il en est beaucoup qui se lèvent tous les jours, quoique ayant une céphalalgie notable et des vomissements répétés, et les adultes, lorsque les progrès de la phthisie pulmonaire n'ont pas été assez considérables pour les forcer déjà à garder le lit, continuent souvent leurs occupations pendant quelque temps, quoiqu'ils ne se sentent plus disposés au travail et qu'ils se trouvent moins actifs que dans leur état de santé ordinaire.

L'état du *pouls* n'est pas le même chez tous les enfants, ni à toutes les époques de la maladie. Les observateurs récents ont remarqué que, chez les enfants atteints de méningite tuberculeuse dans le cours d'une bonne santé apparente, le pouls est accéléré dès le début. Chez ceux, au contraire, qui sont dans un état de phthisie assez avancé, le pouls reste normal ou perd de sa fréquence dans les premiers temps de la maladie. C'est ce qui est surtout remarquable chez les adultes ; car on voit chez eux le pouls rester normal pendant presque toute la durée de l'affection. Il y a cependant quelques exceptions à cette règle ; j'en ai cité un exemple dans l'observation que j'ai mentionnée plus haut. Le malade eut, en effet, dès le début de la méningite, plus de 120 pulsations, et cet état du pouls dura jusqu'à la mort. Dans cette première période, le pouls offre bien rarement cette irrégularité que nous trouverons vers la fin de la maladie, et lorsqu'il la présente, ce n'est jamais d'une manière aussi frappante. Enfin il est rare de trouver dans cette période le pouls dur et résistant comme dans tant d'autres maladies fébriles ; il est, au contraire, peu large et facile à déprimer.

De légers *frissons*, des *horripilations*, ont été notés au début par Guersant ; mais c'est seulement dans les cas où la maladie commence avec une acuité inaccoutumée qu'on observe ces symptômes.

(1) *Note sur un cas de tubercules des méninges, etc.* (*Archives générales de médecine*, juin 1846).

La *chaleur* de la peau correspond à l'état du pouls, c'est-à-dire qu'elle n'est pas augmentée dans les premiers temps de la maladie. Il en est de même des *sueurs*, dont je parlerai plus loin.

M. Trousseau attache une certaine importance à un phénomène assez curieux qui se produit dans la période d'invasion de cette affection; il consiste en ceci. Si l'on passe légèrement l'ongle sur la peau, au thorax ou à l'abdomen par exemple, on obtient presque aussitôt, à la place où le doigt a passé, une traînée d'un rouge vif, diffuse, qui reste pendant quelques minutes à l'état de ruban écarlate tranchant sur la peau blanc rosé qui est à côté, et se dissipe ensuite peu à peu; en pressant du bout du doigt, il se produit des taches analogues, que M. Trousseau appelle *taches méningitiques*.

M. Troyes-Escounet (1), qui a observé à l'hôpital des Enfants, a retrouvé ce signe dans vingt cas de méningite tuberculeuse; mais il l'a aussi retrouvé dans certains cas de méningite simple, de pneumonie et de fièvre typhoïde; de sorte que ce signe n'a pas, à beaucoup près, l'importance que lui avait d'abord attribuée M. Trousseau. Cependant M. Troyes-Escounet insiste, avec raison, sur la constance de ce signe dans la méningite, ce qui lui donnerait une certaine valeur.

C'est aussi dans la seconde période que se montrent les principaux troubles de la *respiration*. Dans celle dont nous nous occupons, au contraire, il est digne de remarque que la dyspnée, si elle existait, diminue notablement, ainsi que la toux. En ce moment les symptômes de phthisie pulmonaire sont notablement amendés, de telle sorte que, comme je l'ai fait remarquer ailleurs (art. des *Archives* cité plus haut), quand même l'attention ne serait fixée que sur les symptômes pectoraux, on s'apercevrait nécessairement d'un changement notable dans l'état du malade.

Tels sont les symptômes de la première période de la tuberculisation des méninges. Il ne faut pas croire néanmoins qu'ils se produisent toujours de la manière qui vient d'être indiquée. Il est certain qu'on les observe presque constamment réunis; mais il est quelques cas où l'on en voit manquer un ou même plusieurs, et qui ne sont pas moins bien caractérisés. Ainsi un sujet déjà gravement malade au début de la méningite peut ne pas accuser de céphalalgie; chez un autre, on ne notera pas de constipation; chez d'autres, la fréquence du pouls sera tout d'abord très grande. Il faut connaître ces exceptions, et savoir que le diagnostic n'a pas toujours besoin, pour être solidement établi, de tout l'ensemble des symptômes qui néanmoins se montre le plus souvent, et est alors très remarquable.

Deuxième période. — Dans la deuxième période, on observe des changements très notables dans les symptômes cérébraux : d'abord la *céphalalgie se dissipe*, ou du moins les malades ne s'en plaignent pas. Il y a peu d'exceptions à cette règle. Cependant on voit des sujets qui conservent jusqu'au dernier moment un certain degré de céphalalgie, et MM. Barthez et Rilliet ont cité des exemples de douleur de tête persistant jusqu'à la fin avec une assez grande violence.

Le *délire*, qui ne se montre au début que dans une faible minorité des cas, est un symptôme important de la deuxième période : MM. Barthez et Rilliet l'ont vu apparaître du cinquième au vingt-cinquième jour. Chez un tiers des sujets observés

(1) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 15 mars 1852.

par eux, le délire a été violent, agité, bruyant, avec de fréquents changements de position ; plus souvent c'est un délire tranquille. Les malades, sans s'occuper de ce qui se passe autour d'eux, disent des paroles inintelligibles, et lorsqu'on les interroge, ils regardent avec étonnement, et leurs réponses sont incertaines.

La *somnolence* alterne avec le délire, de telle sorte que tantôt les sujets sont complétement assoupis, tantôt ils parlent seuls en délirant, et tantôt aussi, chez quelques-uns, la somnolence est interrompue par un délire bruyant, par des cris, par de l'agitation ; puis elle se reproduit pour être de nouveau interrompue plus tard de la même manière.

Survient ensuite un *coma* plus ou moins profond : le malade ne répond plus aux questions ; il n'a aucune conscience de ce qui se passe autour de lui. Cependant, par moments encore, le délire peut revenir et être aussi violent qu'avant l'invasion du coma. Ce dernier symptôme, du reste, ne se montre ordinairement que dans les derniers temps de la maladie.

A cette époque, la *face* est plus constamment pâle. Souvent on observe des contractions involontaires des traits qui les font grimacer, et ces contractions alternent avec une immobilité, une stupeur profonde, qui est tellement remarquable, que les observateurs qui se sont particulièrement occupés de la tuberculisation des méninges ont pu maintes fois reconnaître l'existence de l'affection à ce seul caractère. Par moments aussi la face exprime l'effroi, une vive anxiété, une douleur violente ; en général, elle présente des expressions très variées dans le cours de la maladie ; mais ce qui domine, c'est la stupeur.

Les *convulsions* constituent un des symptômes les plus fréquents de cette période, chez les enfants du moins, car chez les adultes elles ont bien moins d'importance. Ces convulsions sont tantôt très bornées (ainsi elles affectent les muscles du globe oculaire ou de la face), tantôt étendues aux membres, et plus rarement à tout le corps. Elles ont en général beaucoup moins d'importance que dans la *méningite simple aiguë*. Il en est de même de la *roideur* et de la *contracture*, qui se montrent dans un certain nombre de cas, mais non dans tous, à beaucoup près, et seulement à une époque assez avancée de la maladie. Comme les convulsions, la roideur et la contracture occupent des parties très diverses. Nous verrons plus loin, en parlant de l'anatomie pathologique, à quelles lésions on peut rapporter ces symptômes.

La *paralysie* est également un symptôme bien digne de remarque, mais il n'est pas constant ; il est bien rare surtout qu'elle occupe une moitié du corps. M. Lediberder a néanmoins cité un exemple d'*hémiplégie* complète observée chez un adulte, et d'autres auteurs (1) en ont vu de semblables chez des enfants. La paralysie est ordinairement très bornée : c'est ainsi qu'elle affecte les muscles de la mâchoire ; que la paupière supérieure s'abaisse involontairement ; que les mouvements de la langue deviennent difficiles ; qu'un côté de la face est frappé d'immobilité. C'est sur les muscles de la mâchoire qu'on observe le plus souvent la paralysie ; mais elle est ordinairement incomplète, et consiste plutôt dans une faiblesse excessive que dans une perte absolue des mouvements. Il est très rare de voir un membre paralysé.

(1) Voy. Barthez et Rilliet, etc.

M. le docteur Solari (1) a rapporté un cas dans lequel la céphalalgie fut bien remarquable, en ce sens que pendant un temps assez long elle a été à peu près le seul symptôme qui pût servir à caractériser la maladie. Mais un phénomène qui rendit ce cas bien plus curieux, fut une *paralysie de la langue* qui se montrait tout à coup pour disparaître dans la journée, et qui se reproduisait le lendemain à la même heure.

La *sensibilité* est quelquefois exaltée sur toutes les parties du corps, mais c'est dans une faible minorité des cas. J'ai chez quelques sujets observé un phénomène qui me paraît devoir fixer l'attention des observateurs, parce que je ne l'ai constaté dans aucune autre maladie où les articulations sont exemptes de toute altération. C'est une douleur vive, arrachant des plaintes aux malades lorsqu'on leur fait exécuter de grands mouvements des membres. Ce phénomène était des plus marqués chez une femme que j'ai observée à l'hôpital Beaujon. La douleur causée par ces mouvements se faisait sentir à la fois, et dans l'articulation fléchie ou étendue, et dans un point de la continuité du membre correspondant aux principales masses musculaires. Lorsque l'excès de la sensibilité occupe la surface cutanée, le moindre pincement est extrêmement douloureux.

Bien plus souvent la *sensibilité cutanée* est diminuée et même parfois abolie. C'est à une époque toujours avancée de la maladie que la sensibilité cutanée s'émousse ou est détruite.

Vers la fin de cette période, les *pupilles* se dilatent presque toujours et cessent plus ou moins d'être contractiles; ce symptôme coïncide surtout avec l'apparition du coma. On voit aussi survenir très fréquemment un *strabisme* qui cesse par moments et se reproduit à des intervalles rapprochés. On a dit que la vue était abolie; mais, comme je l'ai fait remarquer ailleurs, l'altération des facultés intellectuelles ne permet pas de s'assurer du fait d'une manière positive.

L'*ouïe* et l'*odorat* ne paraissent abolis que vers les derniers jours, ainsi que l'ont remarqué MM. Barthez et Rilliet. Du reste, la réflexion que j'ai faite à propos de l'abolition de la vision s'applique à l'abolition des autres sens.

Dans la seconde période, et principalement vers la fin, des *déjections alvines involontaires* remplacent presque toujours la constipation. Il est ordinairement bien difficile de savoir si la *diarrhée* qui existe alors s'est produite spontanément ou a été provoquée, parce que les purgatifs, dans cette affection, sont d'un usage général.

Dans les derniers jours, on observe ordinairement la *soif*, la *sécheresse de la langue*, *les fuliginosités des gencives*, etc., symptômes qui sont sous la dépendance du mouvement fébrile alors porté à un haut degré. Les vomissements, ainsi que nous l'avons vu plus haut, ont complétement disparu au commencement de cette période.

La *faiblesse* augmente sensiblement à mesure que la maladie fait des progrès, et à la fin elle devient extrême. Le *décubitus* est presque toujours dorsal, et la position des membres est abandonnée quand il n'y a ni roideur ni contracture.

Soit qu'il ait été accéléré dès le début, soit qu'il ait été normal ou ralenti, le *pouls* acquiert, dans les derniers temps, une fréquence qu'il n'avait pas encore

(1) *Historia de una meningo-encephalitis tuberculosa*. Lima, 1848.

présentée. Chez les adultes on le voit dépasser 120 et 130 pulsations, et les auteurs qui ont observé la méningite tuberculeuse des enfants ont signalé la fréquence extrême du pouls dans les derniers jours de l'existence. MM. Barthez et Rilliet ont compté jusqu'à 192 et 200 pulsations la veille ou le jour de la mort. A peine si, en pareil cas, on peut suivre les battements de l'artère. Tous les auteurs ont en outre noté l'*irrégularité du pouls*. Cette irrégularité est tellement variable, qu'elle est à peine susceptible de description. Qu'il me suffise de dire ici que cette irrégularité, facilement appréciable, peut paraître et disparaître d'un jour à l'autre, et quelquefois même dans la même journée. Parfois il y a une véritable *intermittence* après un certain nombre de pulsations, c'est-à-dire qu'à la suite de plusieurs battements, on sent qu'il en manque un, et que cela se renouvelle plus ou moins fréquemment.

Une faiblesse très grande, une petitesse extrême du pouls, coïncident avec l'augmentation si considérable du nombre des pulsations que nous venons de mentionner. Ordinairement il est *complétement insensible* le dernier jour.

La *chaleur de la peau* augmente en même temps que le mouvement fébrile augmente lui-même, et l'on trouve le corps couvert d'une *sueur* souvent abondante, considérable, surtout sur la poitrine. Des *gouttelettes* de sueur se forment sur la face et sur le cou. Un seul des sujets observés par M. Lediberder présentait des *sudamina*.

Dans le commencement de la seconde période, l'amélioration signalée plus haut dans les symptômes fournis par l'appareil respiratoire se fait encore remarquer. Mais vers la fin, la respiration devient inégale, difficile, anxieuse, et la *dyspnée* est beaucoup plus considérable qu'elle ne l'a jamais été, même avant la rémission. Dans les derniers moments, la dyspnée est extrême.

Enfin, comme symptômes ultimes, nous devons noter une *prostration* complète, les *soubresauts des tendons*, le tremblement des membres, la *carphologie*, etc.; en un mot, les phénomènes d'une agonie qui dure plus ou moins longtemps.

J'ai à peine besoin d'ajouter que, pendant tout le temps de la maladie, on trouve chez un grand nombre de sujets des signes de la maladie des poumons : râle muqueux, respiration caverneuse, pectoriloquie, respiration bronchique, matité sous les clavicules, signes qui varient suivant le degré de la lésion, etc. (1).

Tels sont les symptômes de la tuberculisation des méninges. J'ai dit plus haut qu'ils ne se présentent pas toujours avec la même régularité; quelques faits rapportés par les auteurs prouvent que l'affection peut être quelquefois *latente*.

§ IV. — Marche, durée, terminaison, état du sang.

On peut dire d'une manière générale que la marche de la tuberculisation de la pie-mère est continue; c'est ce qui résulte des observations prises par MM. Barthez et Rilliet, qui l'ont toujours vue suivre cette marche. Cependant, et les auteurs eux-mêmes le font observer, il y a très fréquemment une rémission notable que j'ai signalée plus haut. Mais, comme l'ont très bien noté les auteurs que je viens de citer, cette rémission ne porte pas sur l'ensemble des symptômes; elle se remarque principalement dans les signes fournis par l'altération de l'intelligence. Néanmoins

(1) Voy. *Phthisie*, t. II.

cette rémission, quoique n'étant pas absolument complète, doit être notée avec soin, comme l'a fait Guersant; elle est, en effet, un des traits les plus caractéristiques de la maladie.

Suivant MM. Barthez et Rilliet, qui ont fait à ce sujet des recherches exactes, la *durée* de la maladie est ordinairement de onze à vingt jours. Ils ont toutefois cité des cas où la terminaison funeste est arrivée le septième jour, et d'autres dans lesquels la maladie s'est prolongée soixante et soixante-sept jours.

Je ne connais qu'un seul fait qui ait été rapporté comme un exemple de guérison de la tuberculisation des méninges; il appartient à M. Rilliet, qui, je crois, ne l'a pas encore publié. Ce fait n'est pas sans importance; mais, de l'aveu même de l'observateur que je viens de citer, il est nécessaire d'en observer plusieurs autres semblables avant de modifier le pronostic extrêmement grave qu'on doit porter dans les cas de méningite tuberculeuse. La difficulté du diagnostic est parfois si grande que, quelle que soit l'habileté de l'observateur, on doit nécessairement craindre une méprise lorsqu'il s'agit d'un cas aussi exceptionnel. On peut toutefois, ainsi que le fait remarquer M. Legendre, regarder comme n'étant pas absolument impossible la possibilité de la guérison des lésions inflammatoires, qui sont la conséquence de la tuberculisation; mais de cette probabilité à la certitude il y a bien loin. Cette constance de la *terminaison* funeste vient, au reste, à l'appui de ce que je disais en parlant de l'opinion de Guersant relativement à la guérison des méningites.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec le plus grand soin. Elles sont aujourd'hui parfaitement connues de tous les médecins qui sont au courant de la science. Il me suffira par conséquent de les passer rapidement en revue.

La lésion principale, car elle est le point de départ de toutes les autres, est la production de petits tubercules dans la pie-mère. Ces tubercules consistent en granulations de grosseur variable, arrondies, grises, demi-transparentes ou plus souvent blanchâtres à l'extérieur. Les plus petites présentent la coloration grise; elles sont demi-transparentes comme les granulations du poumon, et leur substance est homogène; elles sont ordinairement du volume d'un grain de semoule. Les plus grosses égalent le volume d'un pois; entre ces deux extrêmes, il y a des degrés à l'infini. Lorsque les granulations sont très grosses, une dissection attentive fait distinguer dans leur centre un point opaque et de couleur jaune-serin. Dans plusieurs cas, j'ai vu, en pressant une de ces grosses granulations, s'échapper la matière jaune, de telle sorte qu'il restait entre les doigts une coque résistante, grisâtre, demi-transparente.

Ces granulations sont ordinairement plongées dans une matière homogène, demi-transparente, résistante, qui donne à la pie-mère, dans laquelle elle est infiltrée, une épaisseur et une consistance considérables. C'est autour des vaisseaux surtout que cette matière infiltrée et les granulations qu'elle contient sont le plus abondantes; il en résulte que les parois de ces vaisseaux, et surtout des veines, ont acquis une épaisseur et une consistance très grandes, et que les veines restent béantes comme des artères. Dans un cas, j'ai vu un de ces vaisseaux, complétement dénudé dans l'étendue d'un centimètre, se tenir droit et conserver son calibre.

Nous avons là, comme on le voit, les deux substances tuberculeuses, ou plutôt ces deux formes d'une même substance que nous avons trouvées dans les poumons, c'est-à-dire le tubercule isolé et le tubercule infiltré. Il est très important de se rappeler cette seconde forme de dépôt tuberculeux, parce qu'il résulte des recherches exactes faites dans ces derniers temps sur la maladie dont nous nous occupons, que c'est cette infiltration tuberculeuse qui a été prise pour des plaques de pus concret par les auteurs qui ont écrit sur l'arachnitis, et que c'est précisément cette lésion qu'on a donnée comme une preuve de l'existence d'une inflammation franche, alors qu'il n'existait qu'une simple production tuberculeuse.

Le *siége* des lésions que je viens d'indiquer a une importance réelle. C'est surtout dans les scissures de Sylvius et sur les parties moyennes de la base du cerveau qu'on les observe à un degré avancé. MM. Barthez et Rilliet ont trouvé, il est vrai, dans les cas qu'ils ont analysés, les granulations plus fréquentes sur les hémisphères qu'à la base; et ce résultat, qui est opposé à celui qu'ont obtenu les autres auteurs, peut s'expliquer par le grand soin qu'ont apporté à leurs autopsies ces deux médecins. Ils ont trouvé très fréquemment des granulations disséminées sur la surface des hémisphères; mais il est certain que l'infiltration tuberculeuse et les grosses granulations se montrent principalement à la base. On en voit aussi sur le cervelet.

Ces lésions occupent la pie-mère; elles pénètrent avec elle profondément dans les anfractuosités et se répandent sur les circonvolutions. L'arachnoïde qui les recouvre est, dans le plus grand nombre des cas, lisse, fine, transparente, parfaitement intacte.

On trouve en outre, chez un assez bon nombre de sujets, des tubercules sous forme de granulations ou volumineux, à une plus ou moins grande profondeur dans le cerveau.

Telle est la lésion principale. Il en est de secondaires qui ont une grande importance; car il ne s'agit de rien moins que des résultats de l'inflammation qui se manifeste autour des productions morbides dont nous venons de parler, et chacun sait quelles sont les conséquences fâcheuses de cette inflammation. On trouve parfois de véritable pus liquide ou concret dans les mailles de la pie-mère. Il y a alors réunion des deux affections que nous avons décrites séparément : méningite franche et tuberculisation des méninges. Rarement l'arachnoïde présente des altérations; sa grande activité contient parfois un liquide un peu trouble; mais on n'y trouve ni pus ni fausses membranes. Je parlerai plus loin de la sérosité des ventricules.

Le *cerveau* est très fréquemment atteint. Lorsqu'il existe des plaques tuberculeuses, elles adhèrent à la couche corticale, qui est ramollie dans une plus ou moins grande étendue. Ce ramollissement présente des colorations variables; mais on y trouve toujours des traces d'inflammation. Le ramollissement est fréquent vers les scissures de Sylvius, comme les plaques tuberculeuses dont il est la conséquence. Quelquefois les deux nerfs optiques, ou seulement l'un d'eux, participent au ramollissement, ce qui explique l'abolition complète de la vision des deux côtés ou d'un seul.

Dans ce cas (1), j'ai trouvé, au-dessous d'une plaque tuberculeuse adhérant à

(1) *Archives générales de médecine*, loc. cit.

une circonvolution de l'hémisphère, un ramollissement jaune très prononcé, au milieu duquel se trouvaient un grand nombre de points ou de noyaux d'apoplexie capillaire. J'ai, dans l'article où se trouve ce fait, montré, par la succession des symptômes, qu'aux tubercules avait succédé le ramollissement, lequel avait été suivi de l'apoplexie capillaire. MM. Barthez et Rilliet citent un cas à peu près semblable.

Les ventricules contiennent ordinairement une quantité de sérosité assez considérable pour les distendre. Cette sérosité est tantôt limpide et incolore, tantôt trouble et un peu jaune; elle contient parfois des flocons albumineux et des traces de véritable pus. C'est cette quantité anormale de liquide qui avait principalement frappé les auteurs pour lesquels l'affection était simplement une hydrocéphale ou hydrocéphalie aiguë.

Telles sont les lésions importantes que présente l'encéphale. Si maintenant nous recherchons quel est le rapport de ces lésions avec les symptômes observés pendant la vie, nous trouvons d'abord que tous, excepté la paralysie, peuvent dépendre de la simple tuberculisation des méninges. On a, en effet, cité plusieurs cas où les sujets ont succombé à la suite d'accidents cérébraux en tout semblables à ceux que nous avons décrits plus haut, et chez lesquels on n'a trouvé après la mort que des granulations dans la pie-mère, sans aucune trace d'inflammation. J'insiste sur ce fait, qui me paraît important, parce que plusieurs auteurs ont fait trop bon marché de ces granulations, ne rapportant guère les symptômes qu'à l'inflammation consécutive des membranes et du cerveau.

La paralysie dépend plus particulièrement du ramollissement du cerveau; on la voit, en effet, se manifester du côté opposé à celui qu'occupe le ramollissement, et, dans des cas de paralysie partielle, on a pu voir une liaison intime entre la lésion et le symptôme. Enfin ce résultat est bien plus évident encore lorsque, au lieu d'un simple ramollissement, il y a apoplexie capillaire; car, en pareil cas, la paralysie est plus subite et occupe une plus grande étendue du corps.

Les lésions qu'on trouve dans les autres parties du corps appartiennent ordinairement toutes à une tuberculisation générale très fréquente chez les sujets qui succombent à la méningite, et dont cette méningite elle-même fait partie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Les deux affections avec lesquelles on peut le plus facilement confondre et l'on a le plus souvent confondu la tuberculisation des méninges, sont la méningite simple aiguë et la fièvre typhoïde; aussi tous les auteurs se sont-ils efforcés d'établir un diagnostic précis entre ces diverses affections. Il est en outre quelques autres maladies cérébrales, comme l'encéphalite, le ramollissement, qui, sous certains rapports, pourraient donner lieu à l'erreur; mais ce point de diagnostic est beaucoup moins important, et il me suffira d'y revenir en peu de mots, à propos de ces maladies. Pour le diagnostic des deux espèces de méningites, j'emprunterai à un article important de M. Rilliet, publié dans les *Archives générales de médecine*, plusieurs détails qui résultent d'une étude attentive d'un assez bon nombre de faits rassemblés par cet auteur. Voici les différences signalées par M. Rilliet :

Dans la *méningite simple aiguë*, ou *méningite franche*, selon l'expression de ce

médecin, les enfants sont forts, vigoureux, sans signes de tubercules; c'est le contraire chez les sujets affectés de tuberculisation des méninges. Je dois ajouter que cette remarque ne s'applique pas rigoureusement à un nombre de cas assez considérable, ainsi que le reconnaît M. Rilliet lui-même. La première maladie, ajoute cet auteur, peut régner épidémiquement, tandis que la méningite tuberculeuse est toujours sporadique. J'ai dit, dans l'article précédent, combien il faut être réservé quand il s'agit d'admettre l'existence de ces épidémies de maladies très difficiles à diagnostiquer, de l'aveu de tous les médecins. Il est vrai que M. Rilliet a cité, outre les faits empruntés au docteur Albert, la relation d'une épidémie de méningite franche chez les enfants, par M. Mistler (1), et que, dans cette relation, l'extrême violence des symptômes cérébraux porte à faire admettre l'exactitude du diagnostic; mais malheureusement M. Rilliet (car je n'ai pas pu remonter à la source) ne dit pas un mot des lésions cadavériques, ce qui fait croire que les autopsies n'ont pas été pratiquées, et dès lors toutes les incertitudes renaissent. Cette circonstance ne me paraît donc pas avoir une grande importance quant à présent. M. Rilliet signale ensuite les prodromes de la méningite tuberculeuse, c'est-à-dire les signes ordinairement très apparents, quelquefois incertains et parfois nuls, de la tuberculisation des autres organes, et principalement des poumons. Nous avons insisté sur ce point dans l'article consacré à la *méningite simple aiguë*. Le début de la maladie, outre la violence beaucoup plus grande des symptômes de la méningite franche, présente, dans quelques cas, une particularité qu'on ne retrouve pas dans la tuberculisation des méninges : c'est l'apparition de convulsions violentes. Ce symptôme est assez frappant lorsqu'il se produit ainsi dans les premiers moments, pour que M. Rilliet se soit cru autorisé à établir, d'après lui, une division de la méningite simple aiguë; il signale, en effet, la *forme convulsive* et la *forme phrénétique* : or la première, qui est celle dont il s'agit ici, se distinguera facilement de la tuberculisation des méninges, qui ne présente jamais ces violentes convulsions au début. Quant à la seconde, c'est par la grande intensité des symptômes qu'elle se fait reconnaître, ainsi que je viens de le dire. Je n'insisterai pas sur ce point, parce que je l'ai suffisamment indiqué dans l'histoire de la méningite simple aiguë. Enfin on tire un autre signe différentiel de la marche plus ou moins rapide de la maladie.

On voit néanmoins, en lisant attentivement le diagnostic tel que l'ont posé les auteurs, et M. Rilliet en particulier, qu'au lit du malade il peut se rencontrer des cas bien difficiles. Sans doute, si, de part et d'autre, les deux espèces de méningites se présentaient avec tous leurs caractères bien tranchés, il n'y aurait pas de difficultés réelles; mais il n'en est pas toujours ainsi, à beaucoup près : un enfant, dans un état de santé florissante en apparence, peut être atteint de méningite tuberculeuse, et personne n'admettra sans doute que la méningite simple aiguë appartienne exclusivement aux sujets vigoureux. Les symptômes de cette dernière peuvent être moins intenses qu'à l'ordinaire, et la première peut se produire avec une violence inaccoutumée, etc. Ne nous étonnons donc pas que M. Rufz, si compétent en pareille matière, ayant observé un cas de méningite simple, ait pu dire, après avoir vérifié par l'autopsie l'existence d'une inflammation franche,

(1) *Gazette médicale de Strasbourg.*

qu'il eût été impossible de la distinguer pendant la vie d'une tuberculisation des méninges.

Je n'ai pas craint de revenir sur ce diagnostic, parce qu'il est de la plus haute importance, et qu'il était intéressant de s'assurer si de nouvelles recherches nous apporteraient de plus grandes lumières. On voit que le résultat de celles de M. Rilliet a été seulement de donner un peu plus de précision à ce que nous savions déjà sur ce point, ce qui néanmoins est bien loin d'être sans valeur. Je reproduirai tout à l'heure le tableau synoptique que j'ai déjà présenté dans l'article consacré à la méningite simple aiguë, et j'y ajouterai les particularités qu'on peut emprunter aux recherches de M. Rilliet.

Quant au diagnostic de la méningite tuberculeuse et de la *fièvre typhoïde*, il me suffira de dire ici qu'il ne diffère pas extrêmement de celui de la méningite simple aiguë, sauf que les antécédents et l'état de la poitrine viennent le rendre ordinairement plus facile. C'est ainsi que les principaux signes différentiels se trouvent dans la persistance de la céphalalgie, dans l'intégrité de l'abdomen et dans la fréquence des vomissements pour la méningite; dans les troubles intestinaux, les épistaxis, les sudamina pour la fièvre typhoïde, et, lorsque la maladie est plus avancée, dans l'absence des lésions de la motilité et de la sensibilité dans cette dernière maladie. Je reproduirai ces signes dans le tableau synoptique.

Je répète que les autres affections qui pourraient être confondues avec la tuberculisation des méninges (affections du cerveau, éclampsie, etc.) en seront distinguées à mesure qu'elles se présenteront.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la tuberculisation des méninges et de la méningite simple aiguë.*

TUBERCULISATION DES MÉNINGES.	MÉNINGITE SIMPLE AIGUE.
Symptômes antécédents de tubercules.	*Pas de symptômes antécédents.*
Symptômes du début *ordinairement moins violents*, se produisant lentement, souvent insidieux.	Symptômes du début *plus violents, plus nets*, mieux caractérisés, surtout dans la méningite primitive.
Délire moins violent, souvent tranquille, *se produit plus tard*, et arrive moins rapidement à son summum.	Délire violent, *très promptement établi* (*forme phrénétique* de M. Rilliet).
Pas de convulsions au début.	Dans un certain nombre de cas, *convulsions* effrayantes au début (*forme convulsive* de M. Rilliet).
Ces symptômes *manquent parfois*, surtout au début; ils sont presque toujours *moins frappants*.	Céphalalgie *très vive ;* injection de la face, photophobie, etc.; *ces symptômes sont frappants.*
Vomissements *moins fréquents, moins abondants.*	Vomissements *plus fréquents, plus abondants.*
Pouls plus *accéléré*, plus fort, *moins irrégulier.*	Pouls souvent *ralenti* au début; *pouls irrégulier.*
Marche continue, mais ordinairement *avec une rémission très notable.*	Marche continue, *sans rémission notable.*
Durée *plus longue.*	Durée *plus courte.*

2° *Signes distinctifs de la tuberculisation des méninges et de la fièvre typhoïde.*

TUBERCULISATION DES MÉNINGES.	FIÈVRE TYPHOÏDE.
Symptômes antécédents de tubercules.	*Pas de symptômes antécédents.*
Signes de tubercules du côté de la poitrine.	*Pas de signes* de phthisie pulmonaire.
Céphalalgie plus *persistante.*	Céphalalgie *moins persistante.*
Vomissements *presque constants.*	Vomissements *beaucoup plus rares.*
Ventre *indolent, bien conformé, rétracté,* à moins qu'il n'y ait une péritonite chronique.	Ventre ordinairement douloureux, tendu, *météorisé.*
Constipation, d'autant plus remarquable qu'elle succède parfois à la diarrhée dans les cas de phthisie assez avancée.	*Diarrhée* plus ou moins abondante.
Ni gonflement de la rate *ni épistaxis.*	Rate *tuméfiée, épistaxis.*
Pas de taches rosées ni de *sudamina.*	*Taches rosées, sudamina.*
Pouls d'abord *ralenti,* puis *irrégulier, inégal.*	Pouls *fréquent, sans irrégularité.*
Dans les derniers temps, *troubles de la motilité, de la sensibilité, des sens.*	*Ni paralysie* du mouvement, *ni lésions* de la sensibilité, etc.

Pronostic.—Ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie prouve suffisamment que le pronostic est d'une extrême gravité. Lorsqu'on a acquis la conviction qu'un sujet est réellement affecté d'une tuberculisation des méninges, on doit le regarder comme perdu; car l'exception que j'ai mentionnée, quand même elle ne laisserait aucun doute sur l'exactitude du diagnostic, ne saurait, étant unique, donner une sécurité motivée.

§ VII. — Traitement.

Après tout ce que j'ai dit plus haut, on doit s'attendre à me voir accorder peu de confiance aux moyens thérapeutiques proposés par les auteurs. Il en est cependant quelques-uns qui ont procuré quelque soulagement, et qui, par conséquent, ne doivent pas être négligés; mais la lecture des observations prouve qu'on aurait grand tort de compter sur leur emploi pour obtenir une guérison complète.

Émissions sanguines. — Les émissions sanguines sont constamment mises en usage; mais on a bien rarement recours à la *saignée générale.* On prescrit des *sangsues* derrière les oreilles, sur les parties latérales du cou, et l'on revient à leur usage tant que les symptômes présentent un haut degré d'acuité. MM. Senn, Piet, Legendre, etc., recommandent l'application des sangsues *sur la pituitaire,* à l'entrée des narines. Ils ont vu quelquefois ce moyen réussir à calmer quelques symptômes, et principalement la céphalalgie; mais jamais l'amélioration n'a dépassé un faible degré. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *ventouses scarifiées* sur la nuque, sur les côtés du cou, etc.

Lotions, affusions froides, glace sur la tête.— Après les émissions sanguines, il n'est pas de moyen plus généralement mis en usage que l'application du froid sur la tête : on applique une éponge, des compresses trempées dans l'eau froide, on fait des affusions, on tient constamment sur cette partie une vessie à demi pleine de glace. Ces moyens, dans les cas que j'ai observés, n'ont jamais arrêté les progrès du mal; mais on peut croire qu'ils modèrent la céphalalgie, quoique le fait ne soit pas démontré.

On a été même jusqu'à conseiller, comme dernière ressource, les *affusions froides sur tout le corps*; mais rien n'est venu prouver leur efficacité, et quelques auteurs, parmi lesquels il faut mentionner particulièrement M. Piet, ont cité des cas dans lesquels les symptômes ont pris de l'accroissement, à la suite de ces affusions.

Mercuriaux. — On a encore conseillé généralement l'emploi des mercuriaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. *A l'intérieur*, c'est le *calomel* qu'on prescrit de préférence : on le donne à la dose de 30, de 40 et de 60 centigrammes aux enfants. Chez les adultes on pourrait augmenter cette dose, et l'on ne devrait pas craindre la salivation ; car plusieurs auteurs ont noté une certaine amélioration lorsqu'elle se produisait. Il en est même qui, dans le but d'obtenir cet effet, qu'ils regardent comme très avantageux, conseillent d'administrer le calomel à *doses fractionnées* ; par exemple, 2 ou 3 centigrammes toutes les demi-heures chez les enfants, tous les quarts d'heure chez les adultes. M. Law veut qu'on fractionne bien davantage encore les doses de calomel (1). Il conseille, en effet, et toujours dans le but de produire la salivation, de donner *toutes les heures une pilule contenant environ cinq milligrammes de calomel uni à une suffisante quantité d'extrait de gentiane, et d'en continuer l'usage jusqu'à l'établissement de la salivation* ; qui a lieu, suivant cet auteur, avant que le malade ait pris vingt-quatre pilules, du moins dans le plus grand nombre des cas, car quelquefois il en faut jusqu'à quarante huit. Remarquons toutefois que l'on ne doit regarder l'amélioration dont je viens de parler comme un résultat du traitement qu'avec de grandes restrictions. N'oublions pas, en effet, que, dans la marche naturelle de la maladie, on trouve une rémission marquée des principaux symptômes qui a bien pu en imposer dans plusieurs cas.

A l'extérieur, le mercure est employé sous forme de frictions, à l'aide de l'*onguent napolitain*. On fait les frictions sur les parties latérales du cou, sur la tête préalablement rasée, ou bien sur les cuisses et sur l'abdomen. La dose de la pommade mercurielle est de 8 à 24, et même 32 grammes progressivement. Ce que j'ai dit de la salivation à propos du calomel s'applique à l'emploi des ces frictions.

Iodure de potassium. — Suivant M. Otterburg (2), des enfants affectés de méningite tuberculeuse auraient été guéris par l'usage de l'*iodure de potassium*, administré de la manière suivante :

℞ Eau	180 gram.	Sirop de cannelle	}	ãã 15 gram.
Iodure de potassium	2 gram.	de fleurs d'oranger	}	

Mêlez. A prendre à dose rapidement croissante : jusqu'à huit cuillerées à bouche par jour. Suivant M. Otterburg, c'est dans la deuxième période qu'il convient d'administrer ce médicament.

M. Aubrun (3) a cité trois cas qui paraissent favorables à cette médication ; cependant il s'élève des doutes sur la nature de la maladie dans ces cas, et, pour se prononcer, il faudra de nouvelles observations.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1839.
(2) *Société médico-pratique*, séance d'avril 1850. Voy. *Union médicale*, 14 mai 1850.
(3) *Ibidem*.

Purgatifs. — Les purgatifs sont encore d'un usage constant ; par eux, on se propose non-seulement de vaincre la constipation opiniâtre qui s'observe dans la très grande majorité des cas, mais encore d'opérer une dérivation sur le tube digestif. Le *calomel* remplit cette indication, en même temps qu'il est employé comme altérant, et c'est pourquoi il est si souvent prescrit. On ordonne aussi l'*eau de Sedlitz*, l'*huile de ricin*, etc. En général, on n'attache pas une grande importance au purgatif employé, si ce n'est au calomel.

Vésicatoires, sinapismes, frictions stibiées sur le cuir chevelu, etc. — Il est rare qu'on n'ait pas recours aux vésicatoires, soit sur les cuisses, soit sur la tête rasée. J'indique, par conséquent, ce moyen ; mais je dois dire ici que, malgré les assertions de quelques médecins, je n'ai vu aucun cas de tuberculisation des méninges bien constaté qui ait été réellement amélioré par leur emploi. Lorsque la fièvre est un peu considérable, ils peuvent avoir pour résultat d'augmenter notablement l'agitation. Les *sinapismes* sont appliqués sur les pieds, aux mollets, aux cuisses. On doit être également sobre de leur emploi lorsque le mouvement fébrile a un peu d'intensité. Les frictions avec des substances irritantes, comme l'*huile de croton*, les *liniments ammoniacaux*, et surtout la *pommade stibiée*, ne doivent être employées qu'avec la plus grande réserve, parce que leur efficacité est des plus contestables, et qu'elles peuvent ajouter inutilement aux souffrances des malades. Cette remarque s'applique principalement à la pommade stibiée.

Cependant M. le docteur Hahn (1) a cité des cas où, selon lui, la méningite tuberculeuse aurait été guérie par l'emploi des *frictions stibiées* sur le cuir chevelu. Je me borne à indiquer ce moyen, en faisant remarquer que dans ces cas comme dans beaucoup d'autres, il reste toujours des doutes sur l'exactitude du diagnostic dont la difficulté est bien connue de tout le monde.

MM. Barthez et Rilliet rapportent qu'une fois ils ont appliqué quatre *moxas à l'eau chaude* sur la partie postérieure de la nuque chez un enfant de deux ans, et qu'après cette application, le coma, qui était complet, ne tarda pas à se dissiper ; mais l'amélioration ne fut que passagère, et j'ajoute que dans ce cas, comme dans ceux dont il vient d'être question, elle a bien pu n'être qu'une coïncidence. Un plus grand nombre d'observations pourrait seul nous éclairer définitivement sur ce point, ainsi que sur l'efficacité du *séton à la nuque*, proposé par quelques médecins.

Antispasmodiques. — Les troubles nerveux considérables qu'on observe, surtout chez les enfants, ont naturellement engagé à recourir à l'emploi des antispasmodiques. Il me suffira de mentionner ici, parmi ces médicaments, ceux qui sont le plus fréquemment mis en usage, tels que le *musc*, le *camphre*, l'*asa fœtida* par la bouche ou en lavements. Je ne connais pas de faits qui prouvent que ces médicaments aient une efficacité réelle, et même qu'ils aient seulement triomphé de quelques-uns des symptômes spasmodiques contre lesquels on les a dirigés.

Tartre stibié à haute dose. — M. Bayle a rapporté (2) la guérison de trois cas d'*hydrocéphale* aiguë obtenue par Laënnec à l'aide de l'émétique à haute dose (15 à 20 centigrammes *chez les enfants*, 30 à 40 *chez les adultes*). Mais, si l'on en juge

(1) Voy. *Bulletin de thérapeutique*, novembre 1849.
(2) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I.

par l'extrait d'une des observations, il paraîtra bien douteux qu'il ait été réellement question dans ce cas d'une hydrocéphale aiguë, et, en admettant même que le diagnostic n'ait pas été erroné, qu'était-ce que cette hydrocéphale aiguë? S'agissait-il d'une méningite franche? Rien ne le prouve. Était-ce une méningite tuberculeuse? Rien dans la marche de la maladie ne peut le faire penser, et ce que nous savons de la gravité de l'affection ne permet guère de croire que trois cas aient été ainsi radicalement guéris dans un court espace de temps.

Moyens divers. — Comme dans tous les cas où les médicaments n'ont qu'une action très faible, on a eu recours à une foule de remèdes divers que je me contenterai d'indiquer ici, par la raison que l'expérience ne nous apprend rien de positif en leur faveur. C'est d'abord la *digitale*, recommandée par Kopp (1), Most (2), et plusieurs autres auteurs qui l'ont réunie à d'autres médicaments, et en particulier au calomel; puis la *scille*, donnée à l'intérieur ou bien administrée en frictions sous forme de teinture.

Vient ensuite le *phosphore*, que M. Coindet recommande d'administrer ainsi qu'il suit :

℞ Phosphore........... 0,10 gram.	Huile d'amandes douces.... 32 gram.

Dissolvez. A prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Dans un cas, M. Coindet a fait prendre jusqu'à 48 grammes de ce mélange. J'ai cru devoir mentionner ce médicament, parce qu'il a été conseillé par un médecin recommandable; mais je pense qu'on ne peut s'empêcher d'être de l'avis de MM. Bricheteau, Barthez et Rilliet, et de plusieurs autres praticiens, qui regardent son emploi comme trop dangereux. Si l'on avait un assez grand nombre de faits constatant son efficacité, il ne faudrait sans doute pas y renoncer, par cela seul qu'il peut causer des accidents, car la maladie est des plus graves, et, en agissant avec prudence, on éviterait les inconvénients. Mais où sont ces faits?

J'indiquerai encore le *moxa* au sommet de la tête, les *bains de vapeur* recommandés par Itard, qui propose de les administrer de la manière suivante :

« Après avoir chauffé une baignoire en la lavant avec de l'eau bouillante, placez-y le malade sur un siége bas et les jambes étendues sur un tabouret; puis versez-y quatre ou cinq kilogrammes de liquide bouillant (Itard conseille une *décoction de sureau dans le vinaigre*), et couvrez-le avec une couverture de laine bien serrée autour du cou. Au bout de quinze minutes environ, on essuie bien le malade, et on le couche dans un lit bien chaud (3). »

Itard cite deux guérisons qu'il a obtenues par ce moyen; mais les objections que j'ai faites à propos des cas cités par Laennec se représentent ici sans rien perdre de leur force.

D'autres auteurs ont préconisé l'emploi des *narcotiques* et de la *belladone* en particulier, du *nitrate de potasse*, etc., etc.

MM. Barthez et Rilliet, considérant la nature de la maladie, pensent qu'on pour-

(1) *Denkw. aus der aertz. Prax.*, t. X. Frankf., 1830.
(2) *Encycl. der med. Prax.*, t. I.
(3) *Dictionnaire des sciences méd.*, t. XXII.

rait obtenir quelques bons effets de l'emploi de l'*iode*; mais ce n'est encore là qu'une idée théorique qui aurait besoin de la sanction de l'expérience.

N'oublions pas la *compression des carotides*, qu'on a recommandé d'employer dans la maladie qui nous occupe aussi bien que dans la méningite simple aiguë, et en faveur de laquelle nous n'avons pas de faits plus positifs.

Résumé. — Presque tous les auteurs conviennent que les divers médicaments proposés n'agissent pas sur la production tuberculeuse elle-même, et que, s'ils ont quelque action, c'est uniquement sur l'inflammation des membranes et du cerveau. Il s'ensuit donc que les moyens principaux sont ceux qui font partie du traitement antiphlogistique, auquel on joint les révulsifs tant à l'extérieur que sur le canal intestinal, et les réfrigérants sur le siége du mal. Aussi est-ce presque uniquement à ces moyens que l'on a généralement recours, et malheureusement, nous l'avons vu, on n'a pas démontré qu'on ait réellement obtenu même l'amélioration incomplète qu'on voulait obtenir. Si l'on y était parvenu, on aurait laissé encore une lésion bien redoutable, la lésion principale : les granulations tuberculeuses. Or, on ne devrait pas considérer le sujet comme mieux guéri qu'un tuberculeux qu'on aurait débarrassé d'une de ces pneumonies ou de ces pleurésies limitées auxquelles les phthisiques sont si sujets, et qui leur occasionnent des symptômes souvent fort graves.

Traitement prophylactique. — Le traitement prophylactique a beaucoup occupé les auteurs qui ont écrit sur l'hydrocéphale aiguë, et qui ignoraient la nature de la lésion par laquelle est caractérisée cette maladie dans l'immense majorité des cas. Aujourd'hui on n'accorde nécessairement qu'une confiance très limitée aux moyens proposés pour prévenir la tuberculisation des méninges. On répète, il est vrai, avec les auteurs qui nous ont précédés, qu'on doit recommander aux sujets menacés un bon régime et un exercice actif au grand air; qu'il faut tenir la tête légèrement couverte et les cheveux courts aux enfants menacés de tubercules ou qui sont d'une famille dans laquelle la maladie est héréditaire; qu'il ne faut pas trop tôt exercer leur intelligence, ni multiplier les travaux de l'esprit. Ce sont là les principes d'une bonne éducation physique; mais qu'est-ce qui prouve que l'on ait réussi de cette manière à prévenir la tuberculisation des méninges, dont les causes sont si obscures, et qui, ainsi que l'a surtout remarqué M. Legendre, attaque si souvent des sujets dans le meilleur état de santé apparente?

A plus forte raison devons-nous élever des doutes sur l'opportunité de certaines médications préventives conseillées par plusieurs auteurs. Qui voudra placer à la nuque ou au bras des vésicatoires, des cautères, des sétons, dans le but de prévenir l'apparition de cette maladie, lorsque aucun fait positif ne vient prouver que ces moyens aient réellement réussi, et lorsqu'on ne sait pas du tout si l'affection a la moindre tendance à se produire?

MM. Barthez et Rilliet ayant vu, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'apparition de la méningite tuberculeuse suivre de très près la suppression d'un exanthème du cuir chevelu, recommandent de n'attaquer que partiellement les maladies de ce genre, et d'employer en même temps quelques dérivatifs sur le canal intestinal. Cette conduite est prudente, surtout lorsque l'enfant présente quelques phénomènes qui font soupçonner une tendance à la tuberculisation.

En somme, nous pensons qu'il faut agir comme nous l'avons indiqué à propos

du traitement prophylactique des tubercules pulmonaires (voyez *Phthisie*), mais qu'on aurait tort de compter sur une très grande efficacité des moyens qu'on a conseillés.

Ordonnances. — MM. Barthez et Rilliet ont, dans le résumé de leur traitement, donné quelques préceptes que je crois devoir leur emprunter, parce qu'ils font connaître la manière dont on doit, en général, se conduire dans les divers cas de tuberculisation des méninges. Voici comment ils précisent le cas :

Ire Ordonnance.

UN ENFANT FORT ET BIEN CONSTITUÉ EST PRIS, AU MILIEU DE LA BONNE SANTÉ,

d'une céphalalgie plus ou moins intense, accompagnée de vomissements et de constipation ; le pouls est médiocrement accéléré, la chaleur peu vive ; l'intelligence est nette ; on peut prévoir le début d'une méningite tuberculeuse. On fera les prescriptions suivantes :

« 1° Appliquer à l'anus ou à la partie interne des cuisses de quatre à dix sangsues, suivant l'âge ; on laissera couler les piqûres pendant une ou deux heures.

» 2° Donner dans la journée de 20 à 40 centigrammes de calomel, suivant l'âge, en paquets de 5 à 10 centigrammes toutes les deux heures.

» 3° Administrer un lavement fait avec 30 grammes d'huile de ricin, ou tout autre lavement purgatif.

» 4° Envelopper les pieds dans des flanelles chaudes ou dans des cataplasmes de farine de lin légèrement saupoudrés de moutarde.

» 5° Le lendemain on ne renouvellerait l'application des sangsues que dans le cas où le pouls conserverait sa fréquence ; sinon on s'en abstiendrait, et l'on se bornerait à continuer les autres parties de la prescription.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS OU LA MALADIE EST PARVENUE AU COMMENCEMENT DE LA SECONDE PÉRIODE.

» 1° Les prises de calomel, comme ci-dessus.

» 2° Des frictions à la partie interne des cuisses avec de 8 à 16 grammes d'onguent mercuriel par jour, ou avec la même quantité de pommade iodurée.

» 3° Application de compresses froides, et souvent renouvelées, sur la tête préalablement rasée ; on pourra même faire une irrigation continue d'eau froide.

» 4° Application de cataplasmes légèrement sinapisés.

IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS OU LA MALADIE AVANCE VERS LA TROISIÈME PÉRIODE.

» 1° Application d'un large vésicatoire camphré occupant la majeure partie du crâne préalablement rasé.

» 2° Si le vésicatoire ne peut être employé de cette manière, on le remplacera par deux cautères à l'eau chaude, appliqués sur la partie postérieure du cou, ou bien par des vésicatoires placés à la partie interne des cuisses ou aux mollets.

» 3° Si la constipation n'est pas encore vaincue, on remplacera le calomel par

une potion huileuse, à laquelle on pourra ajouter une goutte d'huile de croton ; on ne devra pas répéter la potion.

IV° Ordonnance.

DANS UN CAS OU LA MALADIE EST PARVENUE A LA TROISIÈME PÉRIODE.

» 1° Application de compresses froides, de la glace, etc.
» 2° Frictions mercurielles ou iodurées.
» 3° Suspension du calomel, si le dévoiement est continu.
» 4° Cataplasmes sinapisés. »

Je rappelle ici, comme complément de ces ordonnances, les sangsues sur la membrane pituitaire et l'emploi du calomel à doses très fractionnées pour produire la salivation.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, sangsues sur la pituitaire ; lotions, affusions froides, glace r la tête, sur tout le corps ; mercuriaux à l'intérieur, à l'extérieur ; purgatifs; icatoires, sinapismes, liniments irritants, moxas à l'eau chaude ; antispasmodies ; tartre stibié à haute dose ; calomel.

Moyens divers.—Phosphore, digitale, scille, bains de vapeur, narcotiques, iode, rate de potasse, compression des carotides.

Traitement prophylactique. — Moyens hygiéniques ; bon régime, exercice au grand air, respecter les exanthèmes, etc.

ARTICLE VI.

HYDROCÉPHALE AIGUË.

L'*hydrocéphale* ou *hydrocéphalie aiguë* a beaucoup perdu de son importance, ainsi que nous l'avons vu dans les articles précédents, depuis que les recherches modernes nous ont appris combien l'existence de cette affection, indépendamment de toute autre lésion du cerveau, est rare et même incertaine. On a vu que l'immense majorité des cas désignés par ces dénominations devait se rapporter à la tuberculisation des méninges, et que la plupart de ceux qui restent ne sont autre chose qu'une complication soit de la méningite, soit d'autres maladies de l'encéphale, si même on ne doit souvent la considérer comme un simple phénomène d'une agonie prolongée. Cependant on a cité quelques cas où, dans le cours de certaines affections qui donnent lieu à l'anasarque, des symptômes cérébraux assez intenses se sont manifestés sans qu'on ait trouvé autre chose, pour les expliquer, qu'une accumulation plus ou moins considérable de sérosité dans les ventricules, ou dans la grande cavité de l'arachnoïde, ou dans ces deux points à la fois. C'est à ces cas, qui comprennent les rares accidents auxquels on doit conserver le nom d'*apoplexie séreuse*, qu'il faut réserver le nom d'hydrocéphale aiguë. On voit donc que, dans l'état actuel de la science, l'hydrocéphale aiguë est une affection secondaire qui vient parfois hâter la mort des sujets. Nous n'avons par conséquent à nous occuper ici que de quelques cas rares, car nous ne faisons pas de la pathologie générale.

Nos connaissances sur cette affection, telle que je viens d'en tracer les limites, sont, de l'aveu de tous les auteurs, fort vagues et fort incertaines; c'est ce qui expliquera pourquoi je n'entrerai que dans très peu de détails à son sujet.

Causes. — L'hydrocéphale aiguë, d'après les recherches de MM. Barthez et Rilliet, se montre presque exclusivement chez les *enfants* âgés de moins de six ans. Les deux *sexes* y sont également sujets. Cette maladie se produit plus particulièrement dans le cours de l'anasarque consécutive à la *scarlatine* ou constituant un symptôme de la *maladie de Bright.* On l'a vue également se montrer dans le cours de la *pneumonie*, de la *rougeole* et de quelques autres affections. M. Andral, dans sa *Clinique*, a cité un exemple d'*apoplexie séreuse* après la résorption rapide d'un épanchement abdominal. Nous n'avons rien de positif sur les *causes occasionnelles* de cette maladie.

Symptômes. — « Les seuls symptômes que nous ayons pu rapporter à cette affection sont, disent MM. Barthez et Rilliet (1), une *grande agitation*, des *cris* ou bien des *grognements* continuels, remplacés, peu de temps avant la mort, par une *prostration extrême*, avec *assoupissement*, *perte de connaissance*, *coma* ou m *insensibilité générale*, *dilatation des pupilles* et *fixité du regard*. Encore devo nous dire que ces symptômes n'existent pas tous à la fois chez tous les indivi qu'ils manquaient même complétement chez plusieurs de nos malades dont l'hy céphalie n'a été ainsi constatée qu'après la mort. »

Guersant et M. Blache (2) ne donnent pas de caractères plus positifs. Voici co ment ils s'expriment : « On trouve seulement pour caractères essentiels de l'épanchement, je ne dirai pas les plus sûrs, mais du moins les plus probables, un *état comateux* plus ou moins profond, une *dilatation constante des pupilles*, une insensibilité incomplète de la rétine, une certaine *fixité des yeux* qui restent souvent entr'ouverts, comme dans une sorte d'extase. Ces caractères généraux et communs à la plupart des hydrocéphales aiguës par épanchement offrent quelques légères nuances, suivant les espèces; mais ce sont les seuls qui paraissent appartenir à l'épanchement lui-même. »

On le voit, rien n'est plus vague que ces signes, et l'on conçoit que les cas de ce genre aient été généralement plutôt soupçonnés que diagnostiqués. Tous ces symptômes appartiennent à d'autres maladies cérébrales, et, bien plus, ne voit-on pas des cas dans lesquels ils se montrent sans que l'autopsie fasse reconnaître une lésion évidente du cerveau?

Lésions anatomiques. — Les lésions anatomiques, dans l'hydrocéphale aiguë, telle que nous la comprenons ici, consistent presque uniquement dans l'accumulation de la sérosité, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, soit beaucoup plus souvent dans les ventricules, soit dans ces deux endroits à la fois, ainsi que dans la dilatation qui en résulte. On a trouvé aussi le cerveau infiltré d'une plus ou moins grande quantité de liquide séreux, et Guersant et M. Blache ont fait de ces cas une variété de l'hydrocéphale, sous le nom d'*hydrocéphale par infiltration.* Les ramollissements des parois ventriculaires et les autres altérations n'appartiennent pas essentiellement à cette maladie.

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 788.
(2) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. HYDROCÉPHALE AIGUË.

Diagnostic. — Il suit de ce qui précède que rien n'est plus incertain que le diagnostic de cette affection. J'emprunte encore à Guersant et à M. Blache le passage dans lequel ils traitent cette question difficile; on y verra que les recherches nombreuses qu'ils ont faites sur ce sujet n'ont pu les conduire à une solution satisfaisante.

« En général, disent-ils, les *hydrocéphales par infiltration* se rapprochent plutôt par leurs symptômes des caractères des *méningites de la convexité*, ou des *encéphalites superficielles;* les *hydrocéphales des cavités cérébrales* ont plus d'analogie avec les *méningites de la base* ou les *encéphalites profondes.* Ces deux sortes d'épanchements séreux, distincts par leur siége, peuvent se présenter, par la marche des symptômes, sous deux formes très différentes : l'une, qui a de l'analogie avec celle des apoplexies séreuses, qui procède brusquement comme elles, et revêt la *forme apoplectique :* telle est celle qu'on observe dans l'hydrocéphale aiguë des ventricules survenue dans le cours de l'anasarque de la scarlatine; l'autre, beaucoup plus lente dans sa manifestation, se montre avec le cortége de presque tous les symptômes qui accompagnent la méningite de la base du cerveau. »

Il n'est évidemment rien de moins positif, et avec les documents que possédaient ces auteurs, il n'en pouvait être autrement. Je me contenterai donc de dire que si, dans le cours d'une maladie grave, et surtout dans l'anasarque qui suit la scarlatine, on voit des symptômes cérébraux graves, sans paralysie, on peut soupçonner l'existence de l'hydrocéphale aiguë. Les présomptions seraient beaucoup plus grandes et approcheraient de la certitude, si l'on voyait une perte plus ou moins rapide de connaissance succéder à la disparition d'un épanchement séreux ayant son siége dans un point du corps plus ou moins éloigné de la tête. Mais on sait quelle est l'extrême rareté de ces *apoplexies séreuses.*

Pronostic. — On comprend combien le diagnostic doit être grave, puisque l'hydrocéphale, telle que nous la considérons, n'est ordinairement autre chose qu'un accident qui vient accélérer la mort dans le cours d'une autre maladie.

Traitement. — Les données que nous avons sur cette maladie sont si peu positives, que les auteurs modernes, les seuls qui l'aient envisagée comme il convient de le faire, ont renoncé à parler du traitement. Dans les observations que nous possédons, et parmi lesquelles il faut en distinguer une que M. Fauvel a communiquée à MM. Barthez et Rilliet, on voit qu'aucun médicament particulier n'a été dirigé contre elle, et qu'on a eu recours aux *révulsifs*, aux *dérivatifs*, aux *vomitifs*, aux *émissions sanguines*, etc., de la même manière que dans tant d'autres affections cérébrales. Je n'ai donc à entrer dans aucun détail sur ce point; j'ajoute seulement que le docteur Weisse (1), de Saint-Pétersbourg, dit avoir employé avec succès le *sublimé corrosif* dans quinze cas, et, en particulier, dans quatre où tout espoir paraissait perdu. La préparation mercurielle était prescrite à la dose de 5 centigrammes dans 120 grammes d'eau distillée, dont on donnait une cuillerée à café toutes les deux heures.

(1) *Journal für Kinderkrankheiten*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 15 juillet 1851.

ARTICLE VII.

HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

L'*hydrocéphale chronique* est une affection beaucoup mieux connue que l'hydrocéphale aiguë, et cependant il reste encore plusieurs points à étudier qui ont échappé aux progrès incontestables de la science. Nous trouvons dans les recherches de M. Legendre plusieurs faits qui prouvent que les kystes sanguins résultant de l'hémorrhagie des méninges peuvent finir, à la suite d'un travail particulier, par ne plus contenir qu'une quantité ordinairement considérable de sérosité plus ou moins limpide. C'est une variété d'hydrocéphale qui demande toute l'attention des observateurs, parce qu'on peut penser qu'elle est la plus susceptible de guérison, et que par conséquent il serait très utile de pouvoir la reconnaître afin de lui opposer avec plus de persévérance des moyens thérapeutiques énergiques. Or, nous allons voir dans le cours de cette description que ce diagnostic offre beaucoup de difficultés.

Un grand nombre d'auteurs se sont occupés de cette affection; mais, ainsi que le font remarquer MM. Barthez et Rilliet, on a trop généralement considéré l'hydrocéphale chronique d'une manière générale, sans distinguer suffisamment l'hydrocéphale apportée en naissant de l'hydrocéphale acquise, et à cette remarque j'ajoute celle que je viens de faire tout à l'heure relativement au genre de lésion que peuvent présenter les méninges dans cette maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'hydrocéphale chronique est une accumulation plus ou moins considérable de sérosité dans la cavité du crâne, épanchement qui a fait des progrès lents, et d'où résultent ordinairement l'accroissement du volume de la tête et des symptômes annonçant que le cerveau ne remplit pas librement ses fonctions.

On a divisé l'hydrocéphale en *externe* et en *interne*. La première, qui a pour caractères anatomiques l'accumulation de la sérosité soit entre l'aponévrose crânienne et le péricrâne, soit entre celui-ci et le crâne, ne doit pas nous occuper. Il ne sera donc question dans cet article que de l'hydrocéphale interne, que Breschet divise ainsi qu'il suit (1) : « Dans l'hydrocéphale interne, la sérosité est située : 1° entre la dure-mère et le crâne ; 2° entre la dure-mère et l'arachnoïde ; 3° dans la cavité de l'arachnoïde et à l'extérieur de l'encéphale; 4° dans les ventricules; 5° dans le tissu lamineux et vasculaire de la pie-mère. On pourrait encore, ajoute cet auteur, admettre une *troisième espèce* que je nommerais *enkystée*, et que j'ai plusieurs fois rencontrée chez des enfants et chez des adultes. » Malheureusement Breschet ne reparle plus, dans le cours de son article, de ces hydrocéphales enkystées, en sorte qu'on ne peut savoir positivement ce qu'il a voulu entendre par là. Seraient-ce des exemples d'hydrocéphale consécutive à une hémorrhagie dans la cavité arachnoïdienne, comme celle qu'a décrite Legendre ? C'est ce que l'on ne saurait affirmer. Je n'adopterai pas entièrement cette division tout anatomique.

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

Je pense que la seule hydrocéphale dont nous devons nous occuper est celle qui a son siége dans la grande cavité de l'arachnoïde, dans les ventricules et sous l'arachnoïde elle-même; qu'il importe surtout de distinguer l'hydrocéphale congénitale de l'hydrocéphale acquise, et que, dans les cas où il s'agit de cette dernière, on doit principalement rechercher si la maladie n'est pas une conséquence d'une hémorrhagie méningée.

§ II. — Causes.

On ne trouve pas dans les auteurs un exposé très précis des causes de cette maladie; ils ont trop souvent remplacé les faits par des explications. Voici ce qui ressort de plus positif de la lecture des observations.

On a attribué l'*hydrocéphale congénitale* à un *défaut de développement de l'encéphale*, et, dans certains cas, on a trouvé des lésions organiques du cerveau qui ont expliqué l'accumulation de sérosité.

L'hydrocéphale acquise apparaît dans l'*enfance*, mais non très peu de temps après la naissance. Il résulte des faits nombreux que possède la science, que c'est ordinairement vers l'époque de la *première dentition* qu'on observe les premiers symptômes de la maladie. Mais les faits ne sont pas très rares dans lesquels on a vu des enfants de sept, huit, neuf ans et plus, être atteints de cette affection après avoir jusque-là paru exempts de toute lésion du côté de l'encéphale. Cependant, si l'on en croit Breschet, dans les cas de ce genre, l'enfant paraîtrait apporter en naissant une disposition toute particulière à cette affection, et le volume de la tête, l'état des facultés intellectuelles, le développement des membres, donneraient des indices de cette disposition. Je ne nie pas qu'il n'en soit ainsi dans un certain nombre de cas d'hydrocéphale non congénitale; mais, dans plusieurs observations, les auteurs disent si positivement qu'avant de présenter les premiers symptômes, l'enfant n'avait offert rien de remarquable, qu'on ne saurait admettre cette proposition dans toute sa généralité. N'avons-nous pas d'ailleurs les exemples d'hydrocéphale chronique consécutive à l'hémorrhagie des méninges dont j'ai parlé plus haut? Or, en pareil cas, l'hémorrhagie nécessaire à la production de l'hydrocéphale a pu être purement accidentelle, sans prédisposition antérieure. Il nous est, du reste, impossible de dire pourquoi, chez certains sujets, l'épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde se transforme en un kyste séreux qui peut ensuite acquérir des dimensions très considérables, tandis que chez d'autres, le sang se résorbe souvent d'une manière complète.

Plusieurs auteurs ont regardé l'hydrocéphale chronique comme le résultat de l'*inflammation chronique* des membranes du cerveau; mais si le fait est vrai pour quelques cas, du moins ne l'est-il pas pour un nombre considérable, car on a trouvé le plus souvent ces membranes exemptes de lésions qu'on pût rapporter à l'inflammation.

Il est rare que dans l'hydrocéphale survenue un certain temps après la naissance, on ne trouve pas une lésion organique qui rende compte de l'accumulation de sérosité. Ce sont ordinairement des *tumeurs* de diverse nature (cancer, tubercules, kystes). MM. Barthez et Rilliet ont, relativement à l'influence exercée sur la production de la maladie par la gêne de la circulation due à l'existence des tumeurs de ce genre dans l'encéphale, cité un passage fort intéressant de Robert

ARTICLE VII.

HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

L'*hydrocéphale chronique* est une affection beaucoup mieux connue que l'hydrocéphale aiguë, et cependant il reste encore plusieurs points à étudier qui ont échappé aux progrès incontestables de la science. Nous trouvons dans les recherches de M. Legendre plusieurs faits qui prouvent que les kystes sanguins résultant de l'hémorrhagie des méninges peuvent finir, à la suite d'un travail particulier, par ne plus contenir qu'une quantité ordinairement considérable de sérosité plus ou moins limpide. C'est une variété d'hydrocéphale qui demande toute l'attention des observateurs, parce qu'on peut penser qu'elle est la plus susceptible de guérison, et que par conséquent il serait très utile de pouvoir la reconnaître afin de lui opposer avec plus de persévérance des moyens thérapeutiques énergiques. Or, nous allons voir dans le cours de cette description que ce diagnostic offre beaucoup de difficultés.

Un grand nombre d'auteurs se sont occupés de cette affection; mais, ainsi que le font remarquer MM. Barthez et Rilliet, on a trop généralement considéré l'hydrocéphale chronique d'une manière générale, sans distinguer suffisamment l'hydrocéphale apportée en naissant de l'hydrocéphale acquise, et à cette remarque j'ajoute celle que je viens de faire tout à l'heure relativement au genre de lésion que peuvent présenter les méninges dans cette maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'hydrocéphale chronique est une accumulation plus ou moins considérable de sérosité dans la cavité du crâne, épanchement qui a fait des progrès lents, et d'où résultent ordinairement l'accroissement du volume de la tête et des symptômes annonçant que le cerveau ne remplit pas librement ses fonctions.

On a divisé l'hydrocéphale en *externe* et en *interne*. La première, qui a pour caractères anatomiques l'accumulation de la sérosité soit entre l'aponévrose crânienne et le péricrâne, soit entre celui-ci et le crâne, ne doit pas nous occuper. Il ne sera donc question dans cet article que de l'hydrocéphale interne, que Breschet divise ainsi qu'il suit (1) : « Dans l'hydrocéphale interne, la sérosité est située : 1° entre la dure-mère et le crâne ; 2° entre la dure-mère et l'arachnoïde ; 3° dans la cavité de l'arachnoïde et à l'extérieur de l'encéphale ; 4° dans les ventricules ; 5° dans le tissu lamineux et vasculaire de la pie-mère. On pourrait encore, ajoute cet auteur, admettre une *troisième espèce* que je nommerais *enkystée*, et que j'ai plusieurs fois rencontrée chez des enfants et chez des adultes. » Malheureusement Breschet ne reparle plus, dans le cours de son article, de ces hydrocéphales enkystées, en sorte qu'on ne peut savoir positivement ce qu'il a voulu entendre par là. Seraient-ce des exemples d'hydrocéphale consécutive à une hémorrhagie dans la cavité arachnoïdienne, comme celle qu'a décrite Legendre ... l'on ne saurait affirmer. Je n'adopterai pas entièrement cette div

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. HYDROCÉPHALE ...

[illegible] dont nous devons nous occuper est celle qui a son siége [illegible] de l'arachnoïde, dans les ventricules et sous [illegible] surtout de distinguer l'hydrocéphale congénitale [illegible] cause, et que, dans les cas où il s'agit de cette der[illegible] rechercher si la maladie n'est pas une conséquence d'une [illegible].

§ II. — Causes.

On ne [illegible] auteurs un exposé très précis des causes de cette maladie; ils ont trop souvent [illegible] les faits par des explications. Voici ce qui résulte [illegible] observations.

On a attribué [illegible] congénitale à un *défaut de développement de l'en*[illegible] on a trouvé des lésions organiques du cerveau qui ont [illegible] accumulation de sérosité.

L'hydrocéphale acquise apparaît dans l'*enfance*, mais non très peu de temps après la naissance. [illegible] nombreux que possède la science, que c'est ordinairement [illegible] *première dentition* qu'on observe les premiers [illegible] de la maladie. Mais les faits ne sont pas très rares dans lesquels on a vu des enfants [illegible] neuf ans et plus, être atteints de cette affection après avoir [illegible] de toute lésion du côté de l'encéphale. Cependant, si l'on [illegible] dans les cas de ce genre, l'enfant paraîtrait apporter en naissant [illegible] particulière à cette affection, et le volume de la tête, l'état [illegible], le développement des membres, donneraient des indi[illegible]. Je ne nie pas qu'il n'en soit ainsi dans un certain nombre [illegible] non congénitale; mais, dans plusieurs observations, les auteurs [illegible] qu'avant de présenter les premiers symptômes, l'enfant [illegible] remarquable, qu'on ne saurait admettre cette proposition dans [illegible]. N'avons-nous pas d'ailleurs les exemples d'hydrocéphale chronique [illegible] à l'hémorrhagie des méninges dont j'ai parlé plus haut? Or, en pareil cas, l'hémorrhagie nécessaire à la production de l'hydrocéphale a pu être purement accidentelle, sans prédisposition antérieure. Il nous est, du reste, impossible de dire pourquoi, chez certains sujets, l'épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde se transforme en un kyste séreux qui peut ensuite acquérir des dimensions très considérables, tandis que chez d'autres, le sang se résorbe souvent d'une manière complète.

Plusieurs auteurs ont regardé l'hydrocéphale chronique comme le résultat de l'*inflammation chronique* des membranes du cerveau; mais si le fait est vrai pour quelques cas, du moins ne l'est-il pas pour un nombre considérable, car on a trouvé le plus souvent ces membranes exemptes de lésions qu'on pût rapporter à l'inflammation.

Il est rare que dans l'hydrocéphale survenue un certain temps après la naissance, on ne trouve pas une lésion organique qui rende compte de l'accumulation de sérosité. Ce sont ordinairement des *tumeurs* de diverse nature (cancer, tubercules, kystes). MM. Barthez et Rilliet ont, relativement à l'influence exercée sur [illegible]roduction de la maladie par la gène de la circulation due à l'existence d[illegible]urs de ce genre dans l'encéphale, cité un passage fort intéress

Whytt, que les observateurs modernes ont trop oublié. Cet auteur attribue l'hydrocéphale à la compression qu'éprouvent les veines absorbantes, et compare le mécanisme de cet épanchement à celui qu'on observe dans les cas d'ascite dû à l'état squirrheux du foie, de la rate, etc. La remarque est juste, et, ce qui le prouve, c'est que les tumeurs encéphaliques ne produisent l'hydrocéphale que lorsqu'elles sont voisines de la base du crâne, où elles peuvent comprimer des vaisseaux volumineux.

§ III. — Symptômes.

Début. — Il est évident que nous n'avons rien à dire du début de l'*hydrocéphale congénitale*. Il n'en est pas de même de l'*hydrocéphale survenue un certain temps après la naissance*. Dans un grand nombre de cas, le début est insensible, et on le conçoit facilement, puisque l'accumulation de la sérosité dépend fréquemment d'une lésion organique dont les premiers progrès ont dû nécessairement passer inaperçus, et que l'épanchement, très peu considérable d'abord, s'est formé très lentement. Quelquefois, au contraire, le début est marqué par des phénomènes graves, qui sont la céphalalgie, des convulsions, la perte plus ou moins rapide de connaissance, etc. Or ce sont là précisément les symptômes qui annoncent l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne. Aussi, lorsqu'on aura vu l'affection commencer de cette manière, devra-t-on soupçonner l'*hydrocéphale enkystée* dont nous avons parlé plus haut. Toutefois ce ne sera pas une certitude, car les auteurs ont rapporté des cas dans lesquels une tout autre lésion s'est, à une certaine époque, manifestée de cette manière.

Une fois la maladie confirmée, elle prend des caractères communs qu'on peut exposer dans une description générale. On trouve dans l'ouvrage de Boyer (1) un tableau de l'état de la tête qui le représente fort bien à son plus haut degré. Je ne saurais mieux faire que de le reproduire ici. J'indiquerai ensuite les variétés assez nombreuses que l'on trouve dans un certain nombre de cas.

« A mesure, dit cet auteur, que la quantité de la sérosité devient plus considérable, les parois du crâne s'écartent de son centre et la tête *augmente de volume*. Les os de la face ne participent point et ne contribuent en rien à cet accroissement ; ils conservent leur forme et leur volume naturels. Les os du crâne qui concourent à son agrandissement sont le coronal, les pariétaux, la partie supérieure de l'occipital et un peu la partie écailleuse des temporaux. Ces os prennent plus d'étendue, s'amincissent et deviennent comme membraneux ; le front s'étend, s'élève, s'avance sur les yeux et le visage, qui en paraît plus étroit et plus court ; l'angle que la partie supérieure du coronal, devenu plus large, forme avec la portion orbitaire, diminue et s'efface presque entièrement, en sorte que l'œil est porté en bas et caché par la paupière inférieure, qui monte jusqu'au niveau du centre de la pupille. Cette disposition, comme le remarque Camper, suffirait seule pour faire reconnaître l'hydrocéphale quand tout le reste de la tête serait couvert. Les os qui forment la voûte du crâne sont écartés, et les intervalles plus ou moins grands qui les séparent sont occupés par une membrane mince à travers laquelle on sent distinctement la *fluctuation* de l'eau. L'écartement est très grand entre les pariétaux,

(1) *Traité des maladies chirurgicales.*

et surtout aux fontanelles. La membrane qui remplit ces espaces est quelquefois distendue à un point tel, qu'elle forme une *tumeur longitudinale* très visible. En appuyant fortement les doigts sur toutes les parties de la tête, *on n'y laisse aucune dépression*, et les intervalles des os cèdent à cette compression comme le ferait une vessie pleine d'eau. En percutant légèrement l'un des intervalles, on sent le *flot du liquide* à la partie opposée. Partout ailleurs, c'est-à-dire dans les parties qui doivent être naturellement osseuses, on sent de la résistance. »

Telle est la disposition de la tête dans la maladie à son degré extrême ; mais il est des cas qui ne sauraient trouver place dans cette description. Et d'abord on voit des sujets hydrocéphales chez lesquels le *volume de la tête n'a pas sensiblement augmenté*. Cette disposition se rencontre parfois dans des cas d'hydrocéphale congénitale dans lesquels il y a arrêt de développement, et qui, par conséquent, nous intéressent peu, car ils n'ont qu'un intérêt anatomo-pathologique, mais on l'a observée aussi à une époque assez avancée de l'existence, et, suivant M. Gœlis, elle se manifeste le plus souvent chez les adultes. En second lieu, on a également cité des cas dans lesquels les sutures n'ont pas été écartées, bien que le volume de la tête eût notablement augmenté. Dans ces cas, la fluctuation ne peut être sentie. Enfin, chez quelques sujets, les os ne sont pas sensiblement amincis. On doit reconnaître néanmoins que tous ces cas sont rares ; car même dans l'hydrocéphale survenue un certain temps après la naissance, on voit les os s'amincir, les sutures s'écarter et la forme de la tête se rapporter à la description qu'en a tracée Royer.

Le docteur Fischer, dans ses recherches sur l'auscultation de l'encéphale, a avancé qu'on entendait un *bruit de souffle* sur la fontanelle antérieure. Les observateurs qui ont voulu vérifier le fait n'ont entendu aucun bruit anormal, et n'ont perçu que le bruit respiratoire qui a lieu dans les fosses nasales et l'arrière-gorge. Cependant cet auteur est entré dans des détails très circonstanciés à ce sujet ; il a signalé les différences qui existent entre le *bruit encéphalique de la respiration* et le *bruit de soufflet encéphalique*, qui est dû, selon lui, à la compression éprouvée par les artères de la base du cerveau. C'est par conséquent un point à étudier de nouveau. J'y reviendrai à propos de quelques autres maladies cérébrales.

Les symptômes qui sont la conséquence de cet état de l'encéphale sont peu variables ; cependant ils ne sont pas tous constants, surtout dans les premiers temps de la maladie qui, suivant Breschet, n'est souvent caractérisée que par la *vacillation des muscles volontaires* et la *difficulté de tenir le corps en équilibre*.

Lorsque la maladie fait des progrès, on observe ce qui suit : les malades sont *tristes* et tranquilles ; ils ne se plaignent généralement d'aucune douleur un peu vive dans les cas d'hydrocéphale congénitale ; mais il n'en est pas de même dans ceux qu'on a observés chez des sujets affectés un certain temps après la naissance ; car MM. Barthez et Rilliet, qui ont décrit spécialement les cas de ce genre, ont noté une *céphalalgie* fréquente et parfois vive dans les premiers temps de la maladie et jusqu'à ce qu'il survienne une insensibilité complète.

Les autres symptômes se montrent principalement du côté des organes des sens et des organes locomoteurs.

La *vue* ne tarde pas à s'affaiblir, et, à une certaine époque, elle se perd complétement. L'*œil* reste néanmoins net et même brillant ; mais il est sans regard et par-

fois affecté de mouvements presque incessants de droite à gauche et de gauche à droite. Vogel et Monro, cités par Breschet, ont signalé, dans les premiers temps de la maladie, une *douleur des yeux* qui se dissipe ensuite à mesure que la paralysie fait des progrès.

L'*odorat* éprouve le même affaiblissement et finit par se perdre. Quelquefois il est perverti. On a noté des *picotements* dans les narines, et la *sécheresse* de ces cavités ; mais ces symptômes ne sont pas constants.

L'*ouïe* résiste plus longtemps. On a remarqué que chez quelques sujets le bruit produisait un effet agréable, tandis que chez d'autres il était difficilement supporté. A une époque un peu avancée, il y a *surdité* complète.

Le *goût* ne paraît pas altéré. Suivant Gœlis, l'*écoulement de la salive* par la bouche toujours béante est un phénomène ordinaire de la maladie.

La *parole*, dans les premiers temps, est encore possible, mais elle est difficile à cause de l'altération de l'intelligence dont je vais parler tout à l'heure, et aussi à cause de la difficulté qu'ont les malades à mouvoir la langue. La *voix* est nasillarde et désagréable. A une époque avancée, il y a *mutisme* complet, ou du moins une extrême difficulté à s'exprimer.

La *motilité* présente des symptômes dont l'intensité va également croissant à mesure que la maladie fait des progrès. D'abord les malades peuvent se tenir debout, marcher, quoique vacillants, et même sauter ; plus tard ils se tiennent constamment assis, et enfin ils ne peuvent plus se soutenir et sont forcés de rester couchés. Le poids de la tête peut encore être supporté, quoique avec peine, dans le commencement, mais plus tard ce poids augmentant et la force musculaire diminuant, la tête est tombante sur la poitrine.

Dans les derniers temps, les malades éprouvent souvent, lorsqu'on les met en leur séant, des *vertiges*, de *vomiturations* et même de la *céphalalgie*. Les *convulsions* ne sont pas rares à cette époque. La *sensibilité* est souvent diminuée, parfois abolie ; mais MM. Barthez et Rilliet ont noté que ce symptôme ne se rencontrait que dans une partie du corps plus ou moins étendue.

L'*intelligence*, dans les cas d'hydrocéphale non congénitale, subit des altérations en rapport avec les progrès des symptômes qui viennent d'être mentionnés. Conservée, en grande partie du moins, pendant les premiers temps, elle ne tarde pas à s'affaiblir. Les malades ne comprennent que difficilement les questions ; ils y répondent lentement, avec peine, et ne sortent de leur torpeur que pour manifester leurs passions. Suivant Gœlis, cité par Breschet, ils ont une manière particulière d'exprimer leur colère et leur joie, en sautant plusieurs fois les deux pieds étendus et les bras pendants. Plus tard ils tombent dans l'idiotisme ; ils peuvent encore néanmoins manifester leurs passions par leurs rires et par leurs cris ; mais, à la fin de la maladie, l'intelligence est complétement abolie.

Du côté des *voies digestives*, les symptômes tardent beaucoup plus longtemps à apparaître. On n'observe d'abord qu'une *constipation* difficile à vaincre ; puis la paralysie gagnant les intestins eux-mêmes, les évacuations alvines deviennent involontaires ; mais l'appétit se conserve fort longtemps et ne se perd que dans les derniers temps de la maladie. Il en résulte que pendant assez longtemps les *fonctions nutritives* s'exécutent bien et que les malades ont un embonpoint assez considérable ; mais à la fin on observe une *émaciation* souvent extrême, et alors le

contraste qui existe entre le volume énorme de la tête et l'exiguïté des membres est des plus frappants.

Du côté de la *respiration*, on n'observe également des symptômes un peu notables que vers la fin de la maladie et lorsque la paralysie s'est emparée des muscles inspirateurs. Ce sont des *étouffements*, de l'*oppression*, des *inspirations incomplètes*, et une *suspension momentanée de la respiration* pendant laquelle on voit la face se congestionner et les convulsions survenir.

Enfin on a noté un *décubitus* particulier dans plusieurs cas de cette affection. Les malades se couchent parfois sur le ventre et sur la face ; ils veulent avoir la tête plus basse que le corps, etc.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ainsi que nous venons de le voir, la *marche* ordinaire de la maladie est continue et progressivement croissante. On a cependant cité des cas dans lesquels, à différentes époques, l'affection semblait prendre une impulsion nouvelle. Elle peut rester très longtemps stationnaire après avoir fait des progrès plus ou moins rapides, et l'on voit alors les sujets vivre parfois un très grand nombre d'années dans un état de faiblesse plus ou moins grande de l'intelligence, qui peut aller jusqu'à l'idiotisme complet.

La *durée* de cette affection est très variable. Breschet cite un assez bon nombre de cas dans lesquels des sujets ont vécu vingt, trente, quarante et même soixante et dix ans avec une hydrocéphale confirmée. Il est rare que la durée ne soit pas au moins d'un ou deux ans. Toutefois, lorsque la maladie présente à son début les symptômes aigus indiqués plus haut, sa durée peut être notablement plus courte.

La *terminaison* ordinaire de l'hydrocéphale chronique est la mort. On a néanmoins cité un certain nombre d'exemples de guérison. J'y reviendrai en parlant du traitement.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je dois me borner à une énumération très rapide des lésions anatomiques. Lorsque la tête a augmenté de volume, on trouve les os du crâne amincis, transparents et se pliant avec facilité. Leurs bords sont écartés et unis entre eux par une membrane fibreuse. Si l'hydropisie occupe les ventricules, ceux-ci sont dilatés et la substance cérébrale est amincie et paraît déplissée. Dans quelques cas, on n'a trouvé qu'une grande cavité au centre du cerveau, à laquelle la substance cérébrale très amincie formait comme un grand kyste. Cette substance paraît ordinairement d'une consistance plus grande qu'à l'état normal ; parfois cependant elle est un peu ramollie.

Lorsque l'épanchement a lieu dans la cavité de l'arachnoïde, il se présente avec des caractères différents suivant les cas. Si l'hydrocéphale a succédé à une hémorrhagie intra-arachnoïdienne, on trouve la sérosité dans un ou plusieurs kystes, qui ne sont autre chose que ceux que j'ai décrits à l'article consacré à cette hémorrhagie (1). Dans le cas contraire, le liquide distend plus ou moins fortement l'a-

(1) Voy. *Hémorrhagie des méninges.*

rachnoïde, et le cerveau, suivant la comparaison faite par MM. Barthez et Rilliet, paraît comprimé comme le poumon dans l'épanchement pleurétique.

Je ne crois pas devoir parler des arrêts de développement et des diverses lésions organiques qu'on observe dans plusieurs cas. Il me suffit d'en rappeler l'existence.

La quantité du liquide contenu dans les cavités peut être très considérable. Il est ordinairement blanc et limpide, parfois il contient quelques flocons albumineux; mais, dans ce cas, il est survenu presque toujours, vers la fin de la maladie, quelques symptômes aigus qui ont emporté les malades.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de cette affection ne présente ordinairement aucune difficulté lorsque la maladie est confirmée. Cependant MM. Barthez et Rilliet ont cité un exemple d'erreur. Une petite fille, qui avait un *rachitisme des os du crâne*, fut prise pour une hydrocéphale. On évitera cette erreur en ayant égard à l'état des sutures, à la forme de la tête, et surtout à l'état de l'intelligence, qui, chez les rachitiques, n'est pas affaiblie, et est souvent plus vive que chez les autres enfants du même âge.

Les mêmes auteurs ont établi le diagnostic entre l'hydrocéphalie et le développement de la tête par suite de l'*hypertrophie du cerveau*. Mais ils font remarquer eux-mêmes l'extrême rareté de cette dernière affection, de sorte que ce diagnostic perd beaucoup de son importance. Contentons-nous de dire que, dans l'hypertrophie du cerveau, on ne trouve pas cette abolition de la motilité, cet affaiblissement des sens, qui surviennent lentement et qui caractérisent l'hydropisie, tandis qu'au contraire cette hypertrophie se manifeste par des symptômes aigus. La marche de la maladie sert également à la faire distinguer des affections aiguës des méninges.

M. Legendre a établi ainsi qu'il suit le diagnostic entre l'hydrocéphalie ordinaire et celle qui survient à la suite d'une *hémorrhagie enkystée de l'arachnoïde*. Dans le premier cas, la maladie est souvent congénitale et débute à une époque rapprochée de la naissance; la tête grossit graduellement et peut acquérir un volume énorme; l'affection se manifeste sans cause occasionnelle appréciable. Au contraire l'hydrocéphalie qui suit l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne n'est jamais congénitale, elle débute ordinairement vers l'âge de dix mois, c'est-à-dire vers l'époque de l'éruption des dents. La tête se dilate peu à peu, mais n'acquiert pas un volume aussi considérable que dans l'hydrocéphalie ordinaire; enfin cette espèce est toujours précédée de convulsions répétées ou d'accidents cérébraux qui marquent l'époque du début de l'hémorrhagie méningée.

Pronostic. — Le pronostic de l'hydrocéphale chronique, quelle que soit l'espèce à laquelle on a affaire, est toujours grave. Dans les cas où il s'agit d'une hydrocéphale congénitale, tout ce qu'on peut espérer, c'est de voir, pendant un temps assez long, les sujets vivre d'une vie incomplète, sans éprouver de grandes souffrances et dans un état très supportable. Lorsqu'il s'agit d'une hydrocéphale survenue un peu de temps après la naissance, on peut espérer la guérison, si le mal n'a pas fait de très grands progrès; mais cet espoir est encore très borné, car la maladie a une grande tendance à augmenter. C'est surtout dans les cas où l'affection est la conséquence d'une hémorrhagie intra-arachnoïdienne que l'on a le plus de motifs d'espérer. Mais quelle que soit l'espèce d'hydrocéphale, si la paralysie a fait des progrès

notables, si les sens sont considérablement altérés, si l'intelligence est en grande partie abolie, on doit s'attendre à voir la mort survenir dans un espace de temps d'autant plus rapproché, que ces symptômes sont plus marqués. Les maladies intercurrentes qui surviennent en pareil cas rendent surtout le pronostic des plus graves, car elles emportent ordinairement les malades.

§ VII. — Traitement.

La phrase suivante de Breschet (1) prouve assez combien doit être limitée la confiance que peuvent inspirer les moyens recommandés par les auteurs pour la guérison de l'hydrocéphalie chronique : « Si, dit-il, on peut juger de l'incurabilité d'une maladie par le nombre des remèdes proposés dans son traitement, on devra s'attendre à voir figurer, pour combattre l'hydrocéphalie chronique, une quantité prodigieuse de médicaments. » Or c'est ce qui a lieu et ce qui expliquera la rapidité avec laquelle nous glisserons sur ces moyens divers ; car ce qu'il importe avant tout, c'est de ne pas encombrer la thérapeutique d'une multitude de remèdes sans importance et dont l'expérience ne nous a pas appris l'efficacité.

Je me contenterai donc d'énumérer simplement beaucoup de ces moyens, n'insistant que sur les traitements dont certains faits ont démontré l'action salutaire.

Les *émissions sanguines* ne sont pas généralement conseillées, à moins qu'il ne survienne des symptômes d'une maladie aiguë. M. Legendre pense néanmoins qu'elles peuvent être utiles dans l'espèce d'hydrocéphalie qu'il a étudiée ; mais c'est ici le lieu de faire une remarque qui s'applique à tout le traitement proposé par cet auteur, aussi bien qu'à celui qu'ont préconisé beaucoup d'autres médecins. M. Legendre ne rapporte aucun cas de guérison, ni même d'amélioration un peu marquée ; tous les moyens qu'il recommande ne peuvent donc être mis en usage qu'à titre d'essai, et pour s'assurer si les indications qu'on a tirées de l'étude des symptômes et des lésions sont bien exactes et sont convenablement remplies par ces moyens.

On a vanté les *diurétiques*, recommandés dans toutes les hydropisies, ainsi que les *purgatifs* fréquemment répétés. Les *sudorifiques* et les *sialagogues* ont été également mis en usage, et l'on comprend facilement quelle indication on a voulu remplir par ces divers moyens. On a voulu porter sur une partie du corps l'exhalation séreuse qui se fait dans les cavités cérébrales.

Mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur. — Les mercuriaux sont la base du traitement célèbre de Gœlis, que, pour cette raison, je vais présenter ici dans son ensemble.

TRAITEMENT DE GOELIS.

A une époque rapprochée du début de l'hydrocéphalie chronique, et chez un enfant qui ne présente ni scrofules ni rachitisme, on agit ainsi qu'il suit :

1° Après avoir fait raser la tête de l'enfant, on lui fait, matin et soir, des frictions avec la pommade suivante :

℞ Onguent de genièvre..... 25 gram. | Onguent mercuriel... de 10 à 15 gram.

Mêlez.

(1) *Loc. cit.*

2° Dans l'intervalle des frictions, la tête doit être soigneusement couverte d'un *bonnet de laine*.

3° Deux fois par semaine, on doit faire prendre au malade un *bain alcalin* avec le *carbonate de soude*.

4° En même temps on administre la poudre suivante :

℞ Calomel.... .... 0,30 gram.	Sucre blanc................ 15 gram.

Mêlez. Faites trente paquets. Dose : un le matin et un le soir.

Si les évacuations alvines déterminées par le calomel étaient trop abondantes, il faudrait d'abord suspendre ce médicament, et si, à la reprise, il produisait le même effet, on devrait le supprimer entièrement.

5° Le *régime*, quand il s'agit des enfants à la mamelle, est bien simple, car il consiste à tenir le malade exclusivement au sein. A un âge plus avancé, il faut, suivant Gœlis, prescrire une alimentation principalement composée de viandes et d'œufs ; il conseille aussi l'usage de *café de glands*, et proscrit complétement les substances grasses.

6° On recommandera le séjour au grand air pendant la plus grande partie de la journée, si la saison le permet. Pendant l'hiver, on tiendra le malade dans une chambre dont la température sera maintenue à 18 ou 19 degrés centigrades. On le fera coucher sur des matelas de crin, et l'on tiendra son lit également éloigné du feu et des courants d'air.

Gœlis ne s'est pas borné, comme l'ont fait malheureusement beaucoup d'autres auteurs, à recommander les divers moyens qui viennent d'être indiqués, et qui composent son traitement ; il a encore cité des faits en assez bon nombre à l'appui de son efficacité, et c'est ce qui donne une importance majeure à la médication qu'il propose. Il est fâcheux néanmoins qu'il n'ait pas spécifié avec beaucoup de soin les cas dans lesquels ce traitement a été avantageux et ceux dans lesquels il a échoué. Je n'ai pas besoin de dire combien un pareil travail serait instructif.

Si, malgré les moyens employés, la maladie ne cède pas et fait des progrès, Gœlis recommande d'avoir recours aux *diurétiques*, aux *exutoires* entretenus avec le mézéréum ou le tartre stibié ; et si aux symptômes déjà existants viennent se joindre des signes d'inflammation des méninges, il conseille naturellement de recourir aux *émissions sanguines*. Mais on peut dire que, lorsque les choses en viennent là, il n'y a plus rien à espérer, et, par conséquent, cette seconde partie du traitement ne doit pas nous arrêter.

Le docteur Hoskins (1) a obtenu, à l'aide de l'*iodure de potassium* et après trois semaines de traitement, la guérison d'une hydrocéphalie datant de vingt mois. Le médicament fut donné à la dose de 0,025 grammes toutes les quatre heures ; on purgeait en même temps l'enfant tous les trois jours avec de la poudre de scammonée composée.

On a prescrit les *toniques*, et principalement le *quinquina ;* l'*iode* et ses préparations à l'intérieur et à l'extérieur ; le *fer* et ses préparations, etc., suivant qu'on a pensé que la maladie était due à un vice scrofuleux, rachitique ou autre ; mais

(1) *The Lancet*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 29 février 1852.

rien ne prouve que ces moyens aient eu un véritable succès. Lorsque, en désespoir de cause, le praticien sera obligé d'y avoir recours, il ne devra donc avoir qu'une confiance très limitée dans leur efficacité.

Beaucoup d'auteurs ont recommandé les *applications irritantes* sur la tête. Les uns veulent qu'on couvre cette partie de *sable chaud;* les autres y appliquent du *vinaigre scillitique* préalablement chauffé; ceux-ci préconisent les fomentations aromatiques, les frictions *éthérées;* ceux-là veulent qu'on applique un large *vésicatoire* sur la tête préalablement rasée. Si, à l'appui de ces recommandations, on apportait des faits bien concluants, nous devrions y insister davantage; mais c'est ce qu'on ne trouve pas dans les auteurs même qui montrent le plus de confiance dans le traitement qu'ils proposent. Un seul fait mérite d'être signalé, c'est le suivant : M. le docteur Salgues, de Dijon (1), a rapporté un cas très remarquable de guérison d'une hydrocéphalie chronique, survenue après la disparition rapide d'un impétigo du cuir chevelu, par les *vésicatoires répétés sur toute la tête.* Tous les huit jours, on appliquait un nouveau vésicatoire; au bout de trois mois, la guérison était parfaite. Ce fait ne doit pas être perdu pour la pratique; mais il faut remarquer qu'il s'agissait ici d'une hydrocéphalie ayant une cause occasionnelle bien connue, et qu'il ne faudrait pas en conclure que la guérison aurait lieu avec la même facilité dans l'hydrocéphalie spontanée, bien autrement grave.

Disons maintenant quelques mots du traitement chirurgical sur lequel les avis sont partagés.

Moyens chirurgicaux. — On a proposé la *compression* de la tête. Cette compression s'exerce à l'aide de bandelettes agglutinatives dont on couvre le crâne préalablement rasé. On resserre ces bandelettes à mesure que le crâne cède à la compression. Dans un article de journal cité par MM. Barthez et Rilliet, il est question de trois cas d'hydrocéphalie dans lesquels la compression, continuée pendant trois mois, aurait produit une diminution d'un demi-pouce dans la circonférence de la tête. Mais les auteurs que je viens de citer ont fait remarquer avec raison qu'il faudrait des détails plus circonstanciés et une description plus exacte du malade, pour être convaincu de l'efficacité de ce traitement, et que, d'ailleurs, on ne cite pas un seul cas de guérison complète.

Perforation, trépanation du crâne. —Plusieurs chirurgiens célèbres ont eu recours à la *ponction* pratiquée sur les sutures ou les fontanelles, dans les cas où les os sont séparés, ce qui a lieu ordinairement, ou bien à la trépanation, lorsque les sutures se sont solidifiées; mais d'autres, parmi lesquels il faut citer Mercati et Dupuytren, ont proscrit cette opération, même dans les cas extrêmes, après l'avoir employée sans succès, ou plutôt après avoir vu des accidents inflammatoires emporter rapidement les malades à la suite de l'opération. Il semble donc que la question soit très difficile à résoudre; mais M. Durand-Fardel (2) a fait connaître un relevé de faits desquels il résulte que, dans une proportion assez grande des cas, la ponction a procuré une guérison radicale. Dès lors la conduite du médecin me semble toute tracée. Lorsque la maladie a résisté aux divers moyens généralement

(1) *Revue médicale de Dijon*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, février 1848.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, t. X[illegible]

employés, et surtout lorsqu'elle n'a pas cessé de faire des progrès malgré ces moyens ; en un mot, quand on a acquis la conviction, non-seulement que la médication ordinaire ne peut pas diminuer l'intensité des symptômes, mais enco qu'elle ne saurait réussir à rendre la maladie stationnaire, et que l'existence du malade est sérieusement menacée, on doit recourir à la ponction, en se pénétrant bien néanmoins de sa gravité, en la donnant comme moyen extrême, et en prévenant les parents du malade des accidents qui peuvent survenir.

PONCTION DU CRANE.

On se sert, pour pratiquer cette opération, d'un trocart de volume peu considérable, que l'on enfonce, dans les cas d'hydrocéphalie ordinaire, soit au niveau de la partie moyenne de la suture coronale, soit, suivant le conseil de M. Malgaigne, sur la suture fronto-pariétale, vers la limite de la fosse temporale. Mais, s'il s'agi d'une hydrocéphalie succédant à une hémorrhagie des méninges, il faut, suiva Legendre, qui a étudié les faits sous ce point de vue, choisir un autre point. « lieu d'élection pour la ponction devrait être, dit-il, la *fontanelle antérieure*, p où les faits d'anatomie pathologique nous ont démontré que les parois du étaient écartées et que le liquide se rencontrait de préférence. Si, dans cette v riété d'hydrocéphalie chronique, on pratiquait la ponction dans l'endroit reco mandé par M. Malgaigne (la suture fronto-pariétale), on s'exposerait à blesser l cerveau et à ne pas obtenir de liquide ; car, nous l'avons dit, souvent les deux feuillets du kyste sont réunis au niveau des parties latérales des hémisphères. Le trocart, ajoute M. Legendre, devrait être enfoncé perpendiculairement, *un peu en dehors de la ligne médiane, de manière à éviter le sinus longitudinal supérieur* ; il suffirait de le faire pénétrer à six ou huit millimètres de profondeur, car pour arriver à l'épanchement, il suffit de traverser la peau et la fontanelle antérieure. » On voit, d'après cela, qu'il est important d'avoir présents à l'esprit les signes diagnostiques de cette espèce d'hydrocéphalie chronique.

Quant à l'*opération du trépan*, elle ne présente rien de particulier dans ce cas.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce traitement, pour lequel il serait inutile de donner un résumé, puisque, pour les raisons exposées plus haut, je n'ai fait que l'indiquer ; mais je dirai un mot des moyens que l'on a conseillé de mettre en usage comme traitement prophylactique.

Traitement prophylactique. — On a tracé des règles de conduite à suivre dans les cas où l'on est consulté pour un enfant qui présente une disposition marquée à l'hydrocéphalie chronique. Mais d'abord je dois faire remarquer que les signes de cette disposition ne sont rien moins que certains. On peut s'en convaincre en relisant ce que j'ai dit à ce sujet dans le paragraphe consacré aux causes. Cette remarque rendra, sans doute, le médecin très circonspect dans ce qu'il entreprendra pour prévenir la maladie, et inspirera peu de confiance dans les moyens autres que les agents hygiéniques.

On recommande de ne pas hâter l'éducation des enfants dont la tête est d'un volume en disproportion avec celui du corps ; de leur faire faire un exercice actif en plein air quand le temps le permet, et de leur tenir les cheveux courts. Ces moyens, qui sont bons pour tous les enfants, ne sauraient trouver aucune objec-

tion ; mais sont-ils de nature à atteindre le but qu'on se propose, si réellement la disposition à l'hydrocéphalie existe ? C'est ce qui n'est pas démontré.

On a généralement conseillé de respecter les éruptions diverses, les maladies cutanées qui se développent sur la tête et sur la face chez les sujets dont nous nous occupons. Quelques faits semblent prouver qu'une disparition trop brusque d'une de ces affections peut avoir les effets funestes que l'on redoute ; mais ce n'est pas encore là une démonstration ; et, dans tous les cas, rien ne prouve qu'on ne puisse pas débarrasser les enfants de ces maladies dégoûtantes et dont les conséquences ne peuvent être fâcheuses, pourvu qu'on agisse avec prudence et qu'on ne cherche pas à faire disparaître toute la maladie à la fois. On essayera par conséquent d'attaquer, par les moyens appropriés, l'exanthème dans un point, et si l'on réussit sans accidents, on attaquera les autres successivement.

Quant aux *frictions stimulantes* sur la tête et sur le cou, aux *bains excitants* et surtout aux *exutoires*, c'est principalement dans leur emploi que l'incertitude où nous sommes de l'existence réelle de la prédisposition doit nous rendre circonspects.

Telles sont les affections des méninges cérébrales dont j'ai cru devoir m'occuper particulièrement. Je vais maintenant présenter l'histoire des affections du *cerveau*, du *cervelet*, et de la *protubérance annulaire* ou *mésocéphale*, de manière à compléter le tableau des maladies encéphaliques.

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DU CERVEAU, DU CERVELET ET DE LA PROTUBÉRANCE CÉRÉBRALE.

Parmi les maladies dont je vais m'occuper dans cette section, il en est quelques-unes qui ont été étudiées avec le plus grand soin, et sur lesquelles nous avons les documents les plus précieux : tels sont l'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement ; mais il en est d'autres aussi, comme les tumeurs du cerveau, sur lesquelles nous ne possédons que des documents incomplets, quoique intéressants.

Quelques-unes de ces affections ont attiré principalement l'attention dès les premiers temps de la médecine. C'est ainsi que l'*apoplexie*, nom sous lequel on a longtemps compris, ainsi que nous le verrons plus loin, des affections différentes, a trouvé à toutes les époques de nombreux historiens ; mais même relativement à cette affection, les travaux modernes ont fait faire à la science des progrès, qui lui étaient interdits jusqu'au moment où l'on a étudié avec ardeur et persévérance l'anatomie pathologique. On sait quelle est, sur l'hémorrhagie cérébrale, la valeur des recherches de Morgagni, qui mettait à profit non-seulement ses observations, mais encore celles de ses devanciers ; ce sont ces recherches qui ont servi de point de départ aux auteurs qui, comme Prost, Marandel, Rochoux (1), Riobé (2), Abercrombie (3),

(1) *Recherches sur l'apoplexie*. Paris, 1833.

(2) *Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie dans laquelle se fait un épanchement de sang dans le cerveau est-elle susceptible de guérison ?* Paris, 1818.

(3) *On apoplexia and paralysis*, 1816 et 1820.

M. Andral (1), M. Calmeil (2), ont fait de l'apoplexie cérébrale l'objet d'études particulières; mais on ne peut nier que, sous le rapport de la précision et de l'exactitude des détails, et relativement à plusieurs points qui avaient échappé aux investigations du siècle dernier, les travaux modernes, parmi lesquels se distinguent ceux de Rochoux et de M. Calmeil, n'aient une supériorité réelle.

Quant au ramollissement cérébral, bien qu'en le cherchant dans les écrits des premiers auteurs qui se sont occupés d'anatomie pathologique, on en trouve des exemples évidents, il n'est pas douteux que l'histoire de cette maladie ne date de ces vingt ou trente dernières années, et ne doive ses principaux détails aux travaux de MM. Rostan, Lallemand, Bouillaud, Andral, Durand-Fardel, Dechambre et quelques autres dont j'aurai plus loin à citer les recherches.

On voit par ces exemples que, dans l'histoire des affections du cerveau, comme dans celle de tant d'autres, c'est surtout à notre époque qu'il faut demander les documents les plus exacts et les plus précis. Cependant je citerai maintes fois des opinions soutenues avant le dernier siècle; mais, je dois le dire d'avance, ce sera presque toujours pour en faire voir le peu de fondement.

Quoique j'aie intitulé cette section *Maladies du cerveau, du cervelet et de la protubérance cérébrale*, je n'ai nullement l'intention de traiter séparément les maladies de ces diverses portions de l'encéphale; j'ai voulu seulement dire que les affections dont je vais présenter le tableau ont leur siége soit dans l'une, soit dans l'autre de ces parties. S'il s'offre quelque particularité importante relativement au siége précis de la maladie, je ne manquerai pas de la signaler; mais il ne conviendrait pas de pousser plus loin la division.

ARTICLE Ier.

CONGESTION CÉRÉBRALE.

Quelques auteurs (3) rangent la congestion cérébrale parmi les appoplexies. Il est assurément des cas dans lesquels tout porte à agir ainsi, car, sauf les déchirures du tissu cérébral et l'épanchement sanguin, qui peuvent même être regardés comme des degrés extrêmes de la congestion sanguine, tout est semblable; mais il en est d'autres, et particulièrement ceux que M. Andral décrit dans sa première forme de congestion cérébrale, qui ne sauraient être pris pour des apoplexies, même en ne considérant que les prodromes de ces dernières affections. Sans donc blâmer absolument cette réunion de maladies qui ont tant de point de contact, je crois qu'il est bien plus important pour la pratique de supprimer ce vieux mot d'*apoplexie*, qui désigne des maladies très diverses, et de décrire séparément la congestion, l'hémorrhagie, le ramollissement, bien que dans toutes ces affections il y ait des symptômes apoplectiques très évidents. C'est, du reste, il faut le reconnaître, la marche qu'ont suivie les auteurs dont je viens de parler, quand ils en sont venus aux détails.

(1) *Clinique médicale.*
(2) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.* Paris, 1859, t. II.
(3) *Compendium de médecine*, t. I, article *Apoplexie*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *congestion cérébrale* à une affection dans laquelle une plus ou moins grande quantité de sang s'accumulant dans l'encéphale sans rompre les parois vasculaires, il survient des symptômes subits ou progressifs qui portent principalement sur l'intelligence, la sensibilité et la motilité. On conçoit qu'un pareil état pathologique peut se rencontrer dans un bon nombre d'affections, et surtout d'affections cérébrales; mais suivant toujours le plan que nous nous sommes tracé, nous ne nous occuperons ici que des cas où la congestion est la maladie principale, ou du moins n'est pas entièrement dominée par les symptômes d'une maladie antérieure.

Il résulte de ce qui précède que cette affection, dans sa forme la plus grave, a dû nécessairement être longtemps décrite sous le nom d'*apoplexie*, et qu'on lui a donné toutes les dénominations qui sont synonymes de ce terme général. On l'a encore appelée *coup de sang*, et c'est sous ce nom qu'elle est connue dans le vulgaire; enfin quelques auteurs se servent du mot *hypérémie cérébrale*, beaucoup moins usité que celui de *congestion*.

La *fréquence* de la congestion cérébrale est assez grande, si l'on n'exige pas, pour caractériser la maladie, des symptômes semblables à ceux de l'*hémorrhagie cérébrale*, c'est-à-dire l'hémiplégie, la perte de la sensibilité, etc. On peut dire, au contraire, que les cas de ce dernier genre, dont l'existence est bien démontrée, sont fort rares. M. Andral (1) en a cité quelques-uns qui peuvent compter parmi les plus intéressants.

§ II. — Causes.

Les causes de la congestion cérébrale ont été étudiées avec assez de soin, et quelques-unes des questions étiologiques qui lui sont relatives ont été résolues à l'aide de chiffres, ce qui donne un certain degré de précision à cette partie de l'histoire de la maladie.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les causes prédisposantes, nous trouvons d'abord l'*âge*, dont l'influence est évidente. La congestion cérébrale est une maladie presque inconnue dans l'enfance; elle se montre quelquefois dans l'âge adulte, mais c'est chez le vieillard qu'on la voit principalement se produire.

Le *sexe* a aussi, d'après les recherches des auteurs, et principalement de Lallemand (2), une influence réelle. Cet auteur a trouvé la congestion cérébrale beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

On n'a pas moins accordé d'action aux *habitudes hygiéniques*, à la *constitution*, au *tempérament sanguin*, à la *brièveté du cou*, à la *vie sédentaire*, à l'*hypertrophie du cœur;* mais ce sont là des causes que nous retrouverons lorsqu'il s'agira de l'*hémorrhagie cérébrale*, et il sera temps alors de nous en occuper. Je renvoie, par conséquent, le lecteur à l'histoire de cette dernière maladie.

(1) *Clinique médicale*, t. V.
(2) *Lettres sur les maladies de l'encéphale*. Paris, 1820-1836, [illegible] vol. in-8.

Saisons. — Les observations qui ont été faites à Paris, à Turin, en Hollande, ont fait voir que la congestion cérébrale était plus fréquente en hiver qu'en toute autre saison; puis vient l'été, puis le printemps, puis l'automne. On en a conclu que l'abaissement et l'élévation de la température étaient deux circonstances opposées qui avaient à peu près la même influence sur la production de la maladie. Mais, dans cette question de statistique, comme dans tant d'autres, on n'est pas entré assez avant dans l'examen des faits, et c'est peut-être à tort qu'on a tiré la conclusion précédente d'une investigation superficielle. En hiver, beaucoup d'individus restent souvent toute la journée dans des appartements d'une température très élevée; il y a à considérer la chaleur des poêles, celle qui résulte des réunions nombreuses, etc. Si les observations avaient été recueillies avec tous leurs détails, on pourrait savoir si c'est réellement à l'abaissement de la température extérieure ou à l'élévation de la température intérieure qu'il faut rapporter le grand nombre de congestions qu'on observe dans la saison froide.

Toutefois il ne paraît pas douteux, d'après le récit des voyageurs, que le *froi très intense* ne produise des congestions cérébrales souvent mortelles. Mais, e pareil cas, n'y a-t-il qu'une congestion cérébrale, ou existe-t-il une stase géné du sang, dont cette congestion n'est qu'un effet? Cette dernière manière de voir paraît devoir être admise, et dès lors la question reste telle que je viens de la po Mais j'arrive aux causes occasionnelles, sur lesquelles j'ai un peu anticipé en p lant de l'action rapide d'un froid intense.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont assez nombreuses. Je citerai d'abord *certains mouvements et certaines positions du corps.* On a vu des individus atteints de congestion cérébrale dans les *grands efforts pour soulever un fardeau.* On voit quelquefois des sujets qui, en faisant ces efforts, se relèvent avec un pointillé sanguin sur la face, et principalement autour des yeux; ce sont de petites ecchymoses très fines. Or on comprend très bien qu'une congestion cérébrale très forte puisse avoir lieu en pareil cas. Le même effet a été produit par les efforts de la défécation, par les grands mouvements, par l'action de valser, par une position du corps telle, que la tête reste longtemps la partie la plus déclive, comme cela arrive aux bateleurs, etc. Je n'insiste pas davantage sur ces causes mécaniques, dont les variétés sont nombreuses et seront facilement comprises.

On a cité d'assez nombreux exemples de congestion cérébrale par suite d'une *insolation* violente et prolongée. C'est ainsi que, dans les grandes chaleurs de l'été, on voit des moissonneurs tomber dans les champs, des soldats sur les grandes routes, etc. Suivant M. J. Russel (1), il y aurait plutôt, en pareil cas, congestion pulmonaire que congestion cérébrale; mais le fait n'est pas appuyé sur d'autres observations que celles de cet auteur. Il se peut que, dans certains cas, les choses se passent comme il le rapporte; mais on a cité des autopsies où l'on n'a trouvé, pour expliquer la mort, qu'une violente congestion du cerveau, et ces faits positifs ne sont pas contestables.

La *raréfaction de l'air* est aussi une cause de congestion. On connaît les effets

(1) *Encyclographie des sciences médicales*, 18

d'une ascension sur les lieux élevés; mais, encore ici, cette congestion n'est qu'un résultat d'une cause qui agit sur toutes les parties du corps, et la congestion cérébrale n'est, par conséquent en pareil cas, qu'un symptôme du raptus du sang vers la périphérie.

On a cité des cas dans lesquels des *vêtements trop serrés*, une cravate qui comprimait le cou, ont été des causes de congestion cérébrale. On comprend trop bien l'action de ces causes pour qu'il soit utile d'y insister plus longtemps.

L'*ingestion considérable de boissons alcooliques*, *un repas trop copieux*, le séjour, après un grand repas, dans un *appartement trop chaud*, et plusieurs autres causes de ce genre, ont été signalés; mais ce sont encore là des circonstances que nous retrouverons dans l'histoire de l'*hémorrhagie cérébrale*, et que nous examinerons plus attentivement alors.

On a cité des exemples d'*épidémie* de congestion cérébrale. Un des plus remarquables est dû à Leuret (1). Cet observateur vit, dans la maison de santé de Charenton et aux environs, un nombre considérable de congestions qui se produisirent ns un trop court espace de temps pour qu'on pût les rapporter à une autre cause 'à une cause générale; mais la nature de cette cause est restée inconnue.

e ne parlerai ici ni de l'*inflammation des sinus*, ni des *asphyxies*, comme es de la congestion cérébrale, parce qu'il est évident que, dans les cas de ce re, la congestion est un accident secondaire qui ne peut pas être considéré art.

§ III. — Symptômes.

Division. — La congestion cérébrale se présente avec un appareil de symptômes trop différent dans les divers cas pour qu'on puisse en tracer une description générale; aussi en a-t-on toujours reconnu un certain nombre de formes. La division la plus généralement adoptée est celle qu'a proposée M. Andral. Cet auteur reconnaît huit formes de congestion cérébrale (2). La *première* est sans perte de connaissance, et peut durer longtemps; c'est celle qui diffère le plus de l'hémorrhagie cérébrale. Dans la *seconde*, il y a perte subite de connaissance sans paralysie. La *troisième* est caractérisée par une perte subite de connaissance avec paralysie; mais celle-ci se dissipe dès que la perte de connaissance se dissipe elle-même. La *quatrième* ressemble assez à la précédente, sauf que la paralysie est remplacée par divers mouvements convulsifs, et que les accidents durent ordinairement un peu plus longtemps. Dans la *cinquième*, il y a paralysie *passagère* sans perte de connaissance. La *sixième forme* est à la cinquième ce que la quatrième est à la troisième, c'est-à-dire que les choses se passent de la même manière, sauf que la paralysie est remplacée par des mouvements convulsifs. La *septième* forme est caractérisée par un délire violent, avec ou sans coma consécutif. Enfin, dans la *huitième*, il y a une fièvre plus ou moins violente, durant de deux à douze jours, et des étourdissements, des tintements d'oreille, en un mot des symptômes cérébraux marqués. L'auteur lui-même reconnaît que, dans cette dernière forme, les congestions sont loin d'être toute la maladie: mais il faut remarquer qu'elles ont

(1) *Journal des progrès*, t. II, 2[e] série.
(2) *Clinique médicale*, t. V.

une valeur symptomatique manifeste, puisque les symptômes qui les caractérisent sont les seuls phénomènes locaux qu'on puisse constater, et que, avec la fièvre, ils constituent l'affection tout entière.

Suivant les auteurs du *Compendium*, M. Andral ne reconnaîtrait aujourd'hui que cinq de ces huit formes. Ce sont : 1° cette congestion lente qui forme la première de celles que nous avons indiquées ; 2° la perte de connaissance, avec perte de la sensibilité et de la motilité, cessant rapidement et n'ayant pour cause que la perte de l'intelligence ; 3° une forme composée des symptômes précédents et d'une véritable paralysie ou de mouvements convulsifs ; 4° la forme qui tient le cinquième rang dans la division précédente ; 5° celle qui est caractérisée principalement par le délire, et qui est la septième de M. Andral.

M. Rostan (1) n'admet que deux formes ou plutôt deux degrés de congestion cérébrale. Dans la première, il y a simplement hypérémie, et dans la seconde il y a *raptus* ; celle-ci est le *coup de sang*. Après avoir examiné les observations, je crois que cette division de M. Rostan est celle qui doit être admise dans l'état actuel de la science. Il n'est pas démontré, en effet, que ces divers états dans lesquels on trouve des convulsions, une paralysie un peu durable sans perte de connaissance, un délire de longue durée suivi d'un état comateux, et surtout un délire fébrile, soient de véritables congestions. Il est des cas, il est vrai, où l'autopsie ne fait rien découvrir dans le cerveau, ou n'y démontre que l'existence d'une injection plus ou moins marquée ; mais on sait combien il est quelquefois difficile de rapporter des symptômes cérébraux extrêmement intenses à une lésion déterminée ; on sait que ces symptômes peuvent exister sans lésion appréciable ; on sait enfin combien est peu précis ce caractère anatomique qui ne consiste que dans une simple injection, et l'on comprend combien il est difficile de se prononcer sur la nature de la maladie dans un bon nombre de cas. Ce qu'il y a de certain, c'est que la congestion lente et la congestion brusque, admises par M. Rostan, embrassent tous les faits positifs, tous ceux qui se passent normalement sous nos yeux, et que c'est sur ces deux espèces que nous devons fixer principalement notre attention.

M. R. Wade (2) a décrit une espèce particulière de congestion, sous le nom de *congestion atonique ;* mais, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium*, les symptômes qu'il assigne à cette affection sont si vagues, ils peuvent se rapporter à tant de maladies cérébrales et à tant de *névroses*, qu'on ne peut sans de nouvelles preuves admettre cette forme particulière qui n'a été reconnue par aucun autre médecin.

D'après les considérations précédentes, je vais décrire seulement deux formes principales, qui sont la congestion sans paralysie et la congestion avec paralysie, ou *coup de sang* proprement dit.

A. Congestion sans paralysie. — *Début.* — Le début de cette forme de l'affection peut être si lent, que le malade ne remarque les premières incommodités qu'il a éprouvées qu'au moment où le mal ayant acquis une certaine intensité, il attire son attention de manière à lui rappeler certaines circonstances légères qu'il avait laissé passer presque inaperçues. Ce sont, à des intervalles plus ou moins longs, de

(1) *Gazette des hôp*[illegible], t. XI[illegible].
(2) Voy. *Archives générales de médecine*, 2e série, 1835, t. VIII, p. 193.

légers étourdissements, un peu d'embarras dans la tête, de la tendance au sommeil, phénomènes qui ne durent pas, mais se reproduisent ordinairement de plus en plus marqués. Au bout d'un temps variable, la maladie devient continue et offre les symptômes que j'indiquerai plus loin. D'autres fois le début est subit comme dans le coup de sang ordinaire, et alors les symptômes ont tout d'abord une intensité assez grande.

Symptômes. — 1° *Lorsque le début est subit*, les malades n'éprouvent ordinairement pas de *douleur* de tête; c'est une gêne, un embarras plus ou moins grand; mais il n'y a pas de véritable céphalalgie.

Du côté des *organes des sens*, on remarque ce qui suit : il y a des *éblouissements*, des *bluettes;* des étincelles passent devant les yeux; la *vue* est troublée, mais non abolie; la lumière est difficilement supportée, et les sujets clignent involontairement ou ferment les yeux; quelques auteurs ont dit que les objets paraissent colorés en rouge; mais il est à craindre qu'on ait donné comme une réalité ce qui a paru probable; je ne prétends pas dire, du reste, que le fait ne puisse pas avoir lieu, car on connaît ce phénomène qui fait paraître les objets rouges lorsque l'œil a été fortement comprimé et qu'il se congestionne momentanément.

Il y a des bruits, des tintements, des bourdonnements d'*oreilles*. Certains sujets entendent distinctement le bruit de leurs carotides.

On a noté également des *picotements*, des *fourmillements* dans la *peau* sur différents points, principalement aux extrémités, et quelquefois sur la surface entière du corps.

L'*intelligence* n'est pas perdue; le malade a parfaitement conscience de son état, et il s'en effraye; mais il a des *vertiges*, et ordinairement alors les objets lui paraissent tourner autour de lui, il lui semble que le sol se dérobe sous lui, ou s'agite, ou prend une inclinaison telle qu'une chute est imminente.

Du côté de la *motilité*, on observe un sentiment de faiblesse dans tous les muscles du corps et surtout dans ceux des membres inférieurs. Il semble au malade qu'il ne peut plus se mouvoir, et il reste immobile s'il est assis, ou s'appuie sur les objets à sa portée, s'il est debout; mais il n'y a réellement pas de paralysie.

On a encore noté le gonflement de la *face*, et principalement des lèvres et des paupières; un sentiment de tension dans toute la *tête*, et principalement vers les tempes, souvent une pression vers l'occiput et la nuque.

La face est alors *colorée*, quelquefois légèrement bleuâtre. On a signalé le gonflement des veines sous-cutanées, les *palpitations*, les battements exagérés des artères et surtout des veines temporales. Enfin on n'a rien noté de remarquable du côté de la respiration, et le *pouls*, qui a presque toujours paru naturel, a présenté, dans un certain nombre de cas, une ampleur inaccoutumée.

Il arrive fréquemment que cet état est très passager et que le sujet a à peine le temps de s'apercevoir de l'existence des principaux symptômes. On peut appeler cette variété *coup de sang sans paralysie.*

Dans quelques cas, au contraire, cet état se prolonge et ne cède qu'aux émissions sanguines, à l'exercice et aux autres moyens curatifs qui seront indiqués plus loin.

Après les accidents qui viennent d'être mentionnés, il ne reste ordinairement rien, si ce n'est un peu d'étonnement, et parfois un sentiment de fatigue dans les membres.

2° *Lorsque le début est lent*, les mêmes symptômes se produisent, mais avec des modifications qui méritent d'être mentionnées et avec quelques particularités que j'ai observées et qui ne me paraissent pas avoir généralement frappé les auteurs.

Il existe ordinairement un certain degré de *céphalalgie;* toutefois ce n'est jamais une céphalalgie intense : c'est une pression, une pesanteur, un embarras dans la tête. J'ai vu, dans deux cas remarquables par leur longue durée, une douleur obtuse occuper l'occiput et la nuque, et un peu de compression se faire sentir vers la partie antérieure de la tête.

Les symptômes précédemment décrits peuvent exister du côté de la *vision;* mais ils sont moins intenses et ne viennent que par moments. Il en est de même des *tintements* et des *bourdonnements d'oreilles.*

L'*intelligence* n'est pas altérée ; seulement les sujets affectés de cette maladie ont plus de difficulté qu'auparavant à s'occuper de choses qui exigent une attention soutenue. Si surtout le travail consiste à lire, à écrire beaucoup ou à s'occuper d'ouvrages délicats, comme ceux des horlogers par exemple, les symptômes augmentent, et le malade est obligé de suspendre ses occupations. Dans les deux cas dont je viens de parler et pour lesquels j'ai été consulté, il y avait ceci de remarquable que, lorsque le travail consistait à s'occuper d'une chose suivie, il y avait beaucoup moins d'étourdissements et de tension de la tête que lorsqu'il fallait passer d'une occupation à l'autre ; s'entretenir, par exemple, de choses sérieuses avec plusieurs personnes successivement.

Les *étourdissements*, qui sont fréquents, surviennent surtout lorsque les sujets veulent tourner brusquement la tête ; lorsqu'ils portent leurs yeux successivement sur des objets divers ; lorsque la lumière vient frapper leur vue. Ces étourdissements ne vont ordinairement pas jusqu'au vertige ; mais quelquefois il peut en être ainsi, et alors le cas est semblable à celui que nous avons décrit plus haut.

La *face est colorée*, quelquefois un peu turgescente. Les *yeux* sont médiocrement injectés, souvent larmoyants, surtout lorsque le sujet veut fixer son regard sur un corps très éclairé. Du côté de la respiration, de la circulation, du tube digestif, on n'observe presque jamais rien de remarquable, et s'il survient quelques phénomènes, ils n'ont ordinairement pas d'importance réelle.

La *motilité* ne présente également que des symptômes peu intenses ; c'est une faiblesse plus ou moins grande qui est générale, mais qui se fait principalement sentir aux membres inférieurs, parce que ce sont ceux dont l'exercice est en général le plus fatigant. Il est des sujets qui éprouvent de l'impatience dans les membres, et même parfois un sentiment de contusion comme s'ils étaient courbaturés.

J'ai insisté sur la description de cet état, parce qu'ayant, dans mes recherches sur les névralgies, étudié avec soin les divers cas où il existe de la céphalalgie, quelque légère qu'elle soit, j'ai maintes fois rencontré des cas de ce genre dont la nature avait été méconnue, et que, d'un autre côté, ces congestions à marche lente peuvent assez souvent se présenter au praticien avec des caractères très

légers, quoique, par leur persistance, elles incommodent beaucoup les malades.

B. *Congestion avec paralysie.* — Nous avons vu plus haut que les sujets affectés brusquement de congestion cérébrale éprouvent souvent, du côté de la motilité, une altération telle qu'ils restent immobiles ou qu'ils tombent ; mais il n'y a pas alors une véritable paralysie ; le vertige ayant été très-violent, il y a eu suspension des mouvements volontaires, mais non abolition de ces mouvements. Il n'en est plus de même dans les cas dont nous allons nous occuper ; ici, en effet, nous allons trouver une paralysie véritable qui même, suivant quelques auteurs, peut durer plusieurs jours.

Soit après avoir éprouvé pendant un temps plus ou moins long, ou à plusieurs reprises, les accidents que nous avons décrits en parlant de la congestion cérébrale sans paralysie, soit sans avoir été prévenus par aucun symptôme précurseur, les sujets sont tout à coup saisis d'un violent étourdissement, ils perdent connaissance, tombent, ou se renversent sur le dos de leur chaise, et si l'on est appelé à les examiner en ce moment, on observe une *hémiplégie* semblable à celle que produit une hémorrhagie cérébrale.

Mais au bout d'un temps variable et qui est ordinairement très court, le malade revient à lui, et en même temps se dissipe avec rapidité l'hémiplégie qu'on avait parfaitement constatée, de telle sorte qu'il ne reste qu'un peu de fatigue et de brisement des membres, symptômes qui sont souvent aussi prononcés du côté non paralysé que du côté paralysé.

Telle est la manière dont se produit ordinairemenl la congestion dont il s'agit ; mais, suivant quelques auteurs, les choses se passent parfois très différemment. Je vais indiquer les principales variétés de congestion signalées par eux.

D'abord on admet l'existence de congestions dans lesquelles non-seulement l'hémiplégie aurait duré plusieurs jours, mais encore la maladie se serait terminée par la mort. Je ne sais comment on peut s'assurer qu'une hémiplégie, qui se dissipe après plusieurs jours d'existence, est due à une simple congestion cérébrale. Quant aux cas où, la mort étant survenue, on a trouvé une injection plus ou moins considérable du cerveau, est-il encore bien certain qu'on ait eu affaire à une congestion ? Si l'on avait trouvé la congestion d'un seul côté, du côté opposé à la paralysie, si cette congestion avait toujours paru en rapport avec la gravité des accidents, si même il n'était pas permis parfois de douter qu'il y eût réellement accumulation du sang dans les vaisseaux du cerveau, on pourrait être convaincu ; mais combien d'incertitude sur tous ces points ! D'un autre côté, ne voit-on pas des sujets succomber avec une hémiplégie et une perte de connaissance survenues tout à coup, sans qu'on trouve la moindre lésion, sans qu'il y ait la moindre congestion dans le cerveau ? Comment donc, avec des faits si obscurs, établir d'une manière précise la part de la congestion dans des cas où l'hémiplégie a une durée prolongée ? Il vaut mieux convenir que nos connaissances sont très incertaines sur ce point. Il est d'ailleurs permis de faire remarquer que, dans plusieurs des cas de ce genre cités par les auteurs, l'existence d'un ramollissement n'a pas été suffisamment recherchée, parce qu'on ne savait, comme on le sait aujourd'hui, que tous les phénomènes de la congestion brusque et de l'hémorrhagie cérébrale peuvent se montrer avec un simple ramollissement, fait qui s'explique très facilement, si, avec M. Durand-Fardel, on admet que la perte de connaissance et la paralysie

subites sont le résultat d'une congestion initiale à laquelle a succédé plus ou moins rapidement le ramollissement cérébral.

Une autre forme de congestion consisterait, ainsi que nous l'avons dit en présentant la division proposée par M. Andral, en une paralysie subite plus ou moins persistante d'un ou des deux membres d'un côté du corps ou d'un côté de la face, sans perte de connaissance et sans aucun autre symptôme important. M. Rostan pense qu'en pareil cas il existe de petits foyers apoplectiques, et il cite à ce sujet des cas où les choses se sont passées ainsi. Mais il est difficile de croire que dans le fait cité par M. Andral (1) il y ait eu une hémorrhagie cérébrale, car le malade, au bout de vingt-quatre heures, avait recouvré toute l'énergie de ses mouvements. On ne voit pas d'ailleurs pourquoi une congestion partielle ne persisterait pas au point de produire, pendant vingt-quatre à trente-six heures et même plus, une paralysie prolongée comme elle ; et si une attaque d'apoplexie peut avoir lieu sans perte de connaissance, ce qui n'est pas douteux, à plus forte raison une simple congestion.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La manière dont j'ai présenté les symptômes a fait connaître d'une manière générale la marche des deux espèces de congestion cérébrale que nous avons admises. J'ajouterai seulement ici que les congestions passagères se reproduisent ordinairement à des intervalles plus ou moins éloignés, et que la congestion à marche lente n'a pas dans tout son cours le même degré d'intensité. Elle peut laisser pendant quelques jours le malade dans un état très supportable, puis le tourmenter beaucoup pendant un certain temps, pour diminuer encore plus tard, et ainsi de suite. Elle n'a même pas une intensité égale dans tous les moments de la journée, et sa diminution, ainsi que son augmentation d'intensité, dépend d'un grand nombre de circonstances différentes. Un repas très copieux, l'élévation de la température, un mouvement de colère, un travail soutenu, etc., etc., l'augmentent ordinairement, et les circonstances opposées la diminuent.

La *durée* est ordinairement très courte, et l'on observe alors ces congestions brusques et passagères qui ont reçu le nom de *coup de sang*. Parfois, même dans les cas où la congestion est survenue brusquement, la durée est d'une demi-heure, une heure et plus, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Enfin, quand elle s'établit lentement, elle peut durer deux mois et même des années. J'ai vu un cas de ce genre dans lequel la durée bien constatée était de six ans. La congestion était permanente avec des alternatives de diminution et d'augmentation, et il y avait eu en outre plusieurs fois une perte de connaissance passagère, en sorte que les deux espèces se trouvaient réunies chez le même sujet.

Si nous exceptons ces cas douteux dont j'ai parlé plus haut, on peut dire que la *terminaison* de la congestion cérébrale est heureuse ; c'est même un caractère de cette maladie de se terminer rapidement par la disparition de tous les symptômes, et, dans les cas les plus sérieux, de céder avec assez de promptitude à un traitement fort simple. Un des principaux arguments apportés en preuve par les médecins qui,

(1) *Loc. cit.*, t. V, p. [illegible]7.

dans un cas donné, veulent faire admettre l'existence d'une congestion cérébrale, est, en effet, cette rapide disparition de tous les accidents.

§ V. — Lésions anatomiques.

On comprend facilement quelles sont les lésions anatomiques d'une congestion du cerveau. Aussi n'aurais-je rien dit sur ce point, si tout le monde était d'accord sur ce qu'il faut entendre par une congestion de cet organe. Mais il n'en est pas ainsi. Les uns attachent la plus grande importance à un simple pointillé de la substance cérébrale, tandis que pour les autres il faut une turgescence évidente des vaisseaux sanguins cérébraux et une injection considérable avec coloration rosée, rouge ou violacée de la substance nerveuse. Je pense, avec ces derniers, qu'il faut se défier de ces pointillés dus à des gouttelettes de sang contenues dans les petits vaisseaux et qu'on rencontre dans tant d'états morbides divers.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Pour établir le diagnostic de la congestion cérébrale, il faut tenir un grand compte des diverses espèces que nous avons admises.

La *congestion brusque et passagère sans paralysie* est d'un diagnostic facile. On ne pourrait guère la confondre qu'avec la *syncope;* mais dans celle-ci il y a pâleur de la face et absence des battements du cœur et du pouls, ce qui suffit amplement pour faire distinguer les deux états. M. Piorry a proposé, pour établir ce diagnostic, de coucher les malades de manière à laisser pendre leur tête. Si, dit-il, il y a syncope, les accidents ne tarderont pas à diminuer; si, au contraire, il y a congestion, *ils augmenteront.* Je crois que c'est un devoir de proscrire ce moyen que quelques jeunes praticiens seraient peut-être tentés d'employer, sans réfléchir aux conséquences funestes qu'il pourrait avoir.

La *congestion brusque avec paralysie*, quelle que soit du reste la manière dont elle se manifeste, eu égard à ses autres phénomènes, peut être confondue avec une *hémorrhagie cérébrale* ou avec *certains ramollissements* qui donnent lieu à des accidents très brusques : on n'a même, pour se guider dans le diagnostic, que la promptitude avec laquelle se dissipent les accidents, soit spontanément, soit sous l'influence des moyens mis en usage. Il en résulte que si les accidents se prolongent pendant une ou plusieurs heures, le médecin doit être nécessairement dans l'incertitude, et que si la paralysie dure plusieurs jours, on doit croire à l'existence d'une *hémorrhagie* ou d'un *ramollissement de forme apoplectique.* Quant aux cas où la paralysie survient sans perdre connaissance, c'est encore à la rapidité avec laquelle elle se dissipe qu'on reconnaît l'affection dont le malade est atteint.

Reste enfin la *congestion lente et prolongée.* On ne pourrait guère la confondre qu'avec certaines douleurs rhumatismales qui occupent les muscles du cou et de la tête et qui donnent lieu à une céphalalgie ordinairement rebelle; mais dans cette dernière affection il n'y a ni vertiges ni trouble des sens, tandis que les mouvements des muscles et la pression sur ces parties déterminent une douleur plus ou moins vive.

Pronostic. — A ne considérer que la congestion en elle-même, on doit conclure

de ce que j'ai dit relativement à la terminaison de la maladie, que le pronostic est bien loin d'être grave ; mais il est un autre point de vue sous lequel il faut envisager la question. La congestion cérébrale, surtout s'il n'y a pas pour l'expliquer une cause occasionnelle puissante, comme une violente insolation, un grand effort pour soulever un fardeau, la ligature du cou, doit être regardée comme un accident sérieux. Elle indique en effet une tendance au raptus sanguin vers l'encéphale, et l'on sait que la conséquence du raptus, lorsqu'il est violent, peut très bien être une hémorrhagie cérébrale, maladie dont tout le monde connaît la gravité.

[M. Calmeil (1) envisage les congestions à un nouveau point de vue ; le travail de cet auteur est tellement important, que nous ne pouvons nous dispenser d'en mettre un résumé sous les yeux du lecteur.

M. Calmeil décrit les congestions encéphaliques sous les noms de *congestion encéphalique brusque* et de *congestion encéphalique intense*, *à durée temporaire*. Les symptômes les plus habituels de la congestion encéphalique intense sont, suivant cet auteur, au début, une perte de connaissance subite, qui dure un temps variable. Les malades restent ainsi immobiles et insensibles ; leur pupille est dilatée, leurs joues et leurs lèvres sont flasques; leur volonté, annulée, ne provoque plus aucun acte musculaire ; l'urine et les matières fécales s'échappent spontanément ; la respiration est haute, le pouls plein et fréquent. A cet état succèdent quelquefois des convulsions cloniques *partielles* ou *générales*. Lorsque la congestion est moins intense ou moins étendue, voici ce qui se passe : « Il n'y a pas paralysie triple et simultanée de l'intelligence, des fibres sensorielles, des fibres dévolues au mouvement, et l'on voit la fluxion épargner ou compromettre plus ou moins tantôt l'intelligence seule, tantôt le mouvement volontaire seul, tantôt la sensibilité seule. Quelques sujets ont une conscience parfaite de leur état, comprennent parfaitement le sens et le but des questions qu'on leur adresse, mais sont dans l'impossibilité de parler, de tirer leur langue, de déplacer leurs bras et leurs jambes ; d'autres paraissent plongés dans un étonnement stupide, mais ils peuvent changer de position dans leur lit, promener leurs bras en tous sens, s'agiter sous leurs couvertures. Les congestions produisent aussi des paralysies momentanées de la vue, de l'ouïe, du toucher... Il est des cas où la paralysie musculaire se traduit par une hémiplégie, par une faiblesse plus grande dans un bras, dans une jambe. »

Les congestions encéphaliques à durée temporaire, d'après M. Calmeil, sont susceptibles de se terminer de différentes manières. Tantôt les phénomènes de stupeur, de paralysie, de délire, cessent rapidement, et les malades ne conservent plus, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, ni troubles des sens, ni embarras de la parole, ni diminution de la mémoire, ni gêne dans les mouvements. Tantôt la fièvre, le coma, la paralysie ou les convulsions persistent pendant une semaine. D'autres fois les congestions dégénèrent en encéphalites locales aiguës suppuratives, ce dont on s'aperçoit lorsque la paralysie du mouvement volontaire, les phénomènes convulsifs, la contracture tonique, se localisent dans l'un des côtés du corps. La congestion peut se transformer en une périencéphalite diffuse chronique, annoncée par la persistance d'un délire plus ou moins caractérisé, d'une gêne de la parole et d'un embarras dans les mouvements.

Les faits recueillis par M. Calmeil sont classés par lui de la façon suivante :

(1) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859.

1° Attaques congestives précédées d'un violent délire et suivies d'une mort immédiate.

2° Anciens aliénés tués par une attaque de congestion encéphalique brusque.

3° Cas dans lesquels un délire récent a précédé les attaques congestives et où les sujets ont expiré dans les convulsions.

4° Cas où les lésions congestives ont prédominé dans une région déterminée de l'appareil encéphalique.

5° Cas où les attaques de congestion ont été suivies de la manifestation d'une périencéphalite aiguë mortelle.

6° Cas d'attaques congestives suivies de la formation de foyers inflammatoires localisés.

7° Cas où les attaques de congestion ont été suivies de la manifestation d'une périencéphalite chronique diffuse.

8° Attaques de congestion se produisant pendant le cours d'une périencépha- ... diffuse.

Cette dernière catégorie comprend les exemples d'attaques congestives qui ... éclaté sur des sujets atteints déjà d'un commencement de périencéphalite chro... diffuse, et qui constituent les attaques intercurrentes, ou des recrudescences ...inflammation habituelle.

...us ne saurions trop recommander au lecteur la valeur des observations faites ... M. Calmeil (1). Ces observations sont le fruit d'une longue expérience, et elles ... interprétées par l'auteur avec une sûreté et une maturité de jugement rares. On voit dans l'ouvrage de M. Calmeil que la congestion est une maladie fré...ente, grave, et commune à un très grand nombre d'affections aiguës ou chro...ques de l'encéphale. Le pronostic de cette maladie, dans tous les cas, offre une ...ertaine gravité. « Très souvent, dit M. Calmeil, on ne fait que de vains efforts pour obtenir la résolution complète des fluxions congestives du cerveau, et, dans bien des ...s, en se résolvant en partie, elles laissent derrière elles, soit dans les capillaires, soit dans les conduits circulatoires d'une région circonscrite de la substance nerveuse, une injection fonctionnelle et extra-fonctionnelle qui tend à exhausser de nouveau le taux de l'état circulatoire, et à dégénérer en véritable état inflammatoire permanent. Elles sont sujettes aussi à amener à leur suite tout le cortége des encéphalites locales avec ramollissement de l'élément nerveux, des méningites ou plutôt des périencéphalites diffuses aiguës, des périencéphalites chroniques surtout. »]

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la congestion cérébrale est fort simple; mais ce que je viens de dire relativement au pronostic prouve combien il est urgent de l'employer avec énergie et d'y recourir promptement.

Émissions sanguines. — Les émissions sanguines tiennent sans aucune contestation le premier rang parmi les moyens employés contre cette affection, et c'est aux *saignées générales* qu'on a recours, surtout lorsque la congestion est brusque. On pratique ordinairement une ou deux saignées du bras; mais dans les cas où, après

(1) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, t. II.

la disparition des principaux symptômes, il reste de la chaleur de la tête, une tension de cette partie, une certaine largeur du pouls, on doit répéter la saignée jusqu'à ce que ces phénomènes morbides soient entièrement dissipés. On doit, au contraire, être sobre de saignées et recourir aux autres moyens qui seront indiqu plus bas, chez les individus de constitution débile ou affaiblis par des maladies antérieures.

La *saignée du pied* a été particulièrement vantée contre la congestion cérébrale. M. Chauffard (1) la recommande avec beaucoup d'insistance. Il faut convenir toutefois que les faits cités par les auteurs ne sont ni assez nombreux ni assez concluants pour démontrer la supériorité de ce moyen sur les autres émissions sanguines générales.

On a encore proposé la *saignée de la jugulaire* et celle de l'*artère temporale*. Il est impossible de se prononcer sur la valeur relative de ces moyens, quand on peut se fonder sur autre chose que sur des idées théoriques. Je sais bien qu'on a dit que la saignée de la jugulaire est préférable à toutes les autres, parce qu'elle dégorge directement le cerveau; mais il faudrait des faits concluants pour démont ensuite que ce dégorgement direct a réellement l'efficacité qu'on lui attribue.

Les *saignées locales* sont également mises en usage. Ainsi on prescrit des s*sues*, des *ventouses scarifiées*, en plus ou moins grand nombre, à la nuque, parties latérales du cou. Suivant M. Chauffard, et quelques autres médecins av lui, ces saignées locales, dans un point aussi rapproché du mal, ont plus d'inconvénients que d'avantages, car elles appellent la fluxion vers le point déjà congestionné. Aussi ces médecins conseillent-ils de préférence les sangsues à l'anus ou à partie interne des cuisses; mais, comme pour la saignée révulsive, on n'a cité q des faits insuffisants en faveur des émissions locales sanguines dans un lieu éloig du siége du mal.

Il est néanmoins une circonstance où l'on s'accorde à reconnaître à la saignée révulsive et aux émissions sanguines locales loin du siége du mal une efficacité plu grande qu'à toutes les autres saignées : c'est lorsque la congestion est survenue peu de temps après la disparition d'un flux, et paraît avoir été la conséquence de cette disparition. Ainsi, après la suppression des règles, des hémorrhoïdes, etc., on recommandera de préférence les *sangsues à la vulve*, *à l'anus*, *à la partie interne des cuisses ;* les ventouses scarifiées seront appliquées dans ce dernier point, et l'on pourra avoir recours à la saignée du pied, ou de la saphène vers la partie supérieure de la cuisse. Si la congestion succédait à la suppression d'épistaxis habituelles, on devrait appliquer des sangsues sur la pituitaire, ou y pratiquer une saignée avec l'instrument inventé par M. Cruveilhier.

Les *grandes ventouses Junod* sont aujourd'hui appliquées quelquefois dans les cas de congestion cérébrale.

Purgatifs. — Après les émissions sanguines, il n'est pas de moyen plus fréquemment employé que les purgatifs. Avant de les administrer, on doit s'assurer de l'intégrité du tube digestif, et proportionner leur énergie à la force du sujet. Mais on peut dire d'une manière générale que, pour avoir un certain degré d'efficacité, il

(1) *De l'utilité de la saignée révulsive dans les maladies de la tête* (*Œuvres de médecine pratique*, Paris, 1848, t. I, p. 363 et suiv.).

[redacted]

faut nécessairement que le purgatif ait une action assez puissante. Il serait inutile d'énumérer les nombreux purgatifs auxquels on a recours. Je signalerai seulement l'*huile de ricin* à la dose de 35 à 60 grammes, les *sulfates de soude et de magnésie*, et principalement l'*huile de croton*. Ce qui m'engage surtout à insister sur ce dernier médicament, c'est que M. Andral rapporte quelques cas de *congestion cérébrale à marche lente*, dans lesquels, administré à la dose de *deux* ou *trois gouttes*, et à plusieurs reprises, à des intervalles de trois à six ou sept jours, il a procuré une guérison complète d'affections qui duraient depuis longtemps.

Les *diurétiques* ont aussi été recommandés ; mais les auteurs n'ayant pas spécifié les cas où ils conviennent, et n'ayant pas rapporté des faits concluants en faveur de ces moyens, on ne saurait avoir grande confiance en eux. Je dirai seulement que quelques médecins ont attribué une vertu particulière, dans les cas dont il s'agit, au *nitrate de potasse* administré ainsi qu'il suit :

℞ Nitrate de potasse.. de 1,25 à 2 gram. | Légère décoction de chiendent. 500 gram.

rendre par grands verres, suffisamment édulcorés.

mitifs. — Tout le monde s'accorde à dire qu'il y aurait du danger à administer un vomitif, dans un cas où il y a un raptus sanguin considérable vers le cerveau, et où les symptômes de congestion peuvent très bien n'être autre chose que s phénomènes précurseurs d'une hémorrhagie cérébrale ; mais il n'en est plus de ême dans les cas de congestion lente, surtout quand les digestions sont pénibles que la constipation est opiniâtre. Pour mon compte, j'ai vu dans un cas de ce nre, dans lequel les accidents duraient depuis plusieurs années, le vomitif calmer omptement les principaux symptômes, qui ont ensuite disparu après l'application réitérée des ventouses scarifiées à la nuque et l'usage des purgatifs.

Moyens hygiéniques. — Les moyens hygiéniques tiennent nécessairement une grande place dans le traitement de la congestion cérébrale. Nous avons vu, en parlant des causes, que souvent on trouvait dans les habitudes du malade la raison de sa maladie ; c'est une indication qu'il ne faut pas manquer de saisir. Ainsi aux personnes trop sédentaires on prescrira l'*exercice en plein air ;* à celles qui se nourrissent de mets trop succulents, on recommandera une nourriture légère et principalement *végétale*, etc., etc. En se rappelant les causes qui ont été indiquées, il est si facile de trouver le remède approprié, que ce serait faire injure au lecteur que d'insister plus longtemps sur ce point. Je dirai seulement qu'on doit toujours recommander l'exercice après le repas ; le séjour dans un lieu d'une température modérée, et surtout après avoir mangé, et que les individus sujets aux congestions cérébrales doivent toujours avoir la tête peu couverte. Ces moyens sont d'ailleurs d'un usage si vulgaire, que les malades y recourent d'eux-mêmes.

Je ne parle pas ici de certaines substances administrées dans le but de prévenir le *coup de sang*, parce qu'elles sont les mêmes que celles qu'on donne pour préserver de l'apoplexie, et que j'aurai les indiquer quand je ferai l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS DE CONGESTION CÉRÉBRALE.

Le malade doit être couché la tête haute, le cou dégagé de tous les liens qui peuvent le comprimer.

Il doit être légèrement couvert.

On maintiendra la température de l'appartement à un degré tel qu'il y ait pour le malade une sensation de fraîcheur.

On prescrira, le premier et même le second jour s'il y a lieu, un *régime* assez sévère, même lorsque tous les accidents se seront dissipés complétement; puis on augmentera la quantité des aliments; mais l'usage des boissons alcooliques ne sera repris qu'avec précaution.

On maintiendra le ventre libre par de légers minoratifs.

On prescrira des bains de pied, tous les jours une ou deux fois.

Plus tard, le sujet évitera les grandes réunions, ou n'y restera que le moins temps possible; il se couvrira peu la tête, etc.

Tous ces moyens conviennent à toutes les espèces de congestion cérébrale.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de donner un résumé d'un traitement si simple, et qui est principalement fondé sur les émissions sanguines, sur les purgatifs et sur l'emploi d'une bonne hygiène.

ARTICLE II.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE (*apoplexie*).

L'hémorrhagie cérébrale est assurément une des maladies de l'encéphale qui ont donné lieu aux recherches les plus attentives et aux travaux les plus importants, et cependant tous ceux qui ont essayé de donner une description de cette maladie reconnaissent que rien n'est plus difficile. Cela tient évidemment au grand nombre de points divers qu'il faut considérer quand on en fait l'histoire. De toutes les descriptions que nous possédons, celle de Rochoux est la plus complète (1), et c'est celle que l'on doit suivre principalement, tout en tenant compte des observations des autres auteurs.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Sous le titre générique d'*hémorrhagie cérébrale*, on entend l'hémorrhagie du cerveau, du cervelet et de la protubérance annulaire. Je suivrai cette coutume, par la raison que les particularités qu'on observe dans l'hémorrhagie qui occupe les deux derniers siéges n'ont qu'une importance secondaire; c'est pourquoi je me contenterai de signaler, en passant, quelques faits dans lesquels on a observé des symptômes qui paraissent appartenir à ces espèces d'apoplexies.

Je donne le nom d'*hémorrhagie cérébrale* à l'épanchement sanguin qu'on observe dans la substance nerveuse des trois organes qui composent l'encéphale, c'est-à-dire du cerveau, du cervelet et de la protubérance annulaire. Il résulte de cette

(1) *Recherches sur l'apoplexie*, 2e édition. Paris, 1833. — *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*, t. III, art. APOPLEXIE CÉRÉBRALE.

définition que la dénomination d'*hémorrhagie encéphalique* conviendrait mieux à la maladie ; mais cette expression est elle-même de nature à induire en erreur, puisque par le mot *encéphale* plusieurs auteurs entendent, et les organes encéphaliques, et les membranes qui les protégent. Or nous savons combien est grande la différence qui existe entre l'hémorrhagie des méninges et celle de la pulpe cérébrale. Il vaut mieux, par conséquent, suivre l'usage adopté, que de remplacer l'expression reçue par une autre qui n'est guère plus précise.

Très longtemps on a décrit cette maladie sous le nom d'*apoplexie*, et l'on peut même dire que l'hémorrhagie cérébrale est l'apoplexie par excellence. Mais les progrès de l'anatomie pathologique, qui ont permis d'établir des rapports positifs entre les symptômes et les lésions, n'ont pas tardé à montrer que l'apoplexie, c'est-à-dire cet état dans lequel le malade est frappé plus ou moins brusquement de perte de connaissance et de paralysie, est le résultat de plusieurs lésions très différentes, et par suite appartient à plusieurs maladies distinctes. C'est ainsi qu'on voit l'apoplexie résulter d'une accumulation rapide de sérosité dans les membranes cérébrales (*apoplexie séreuse*), qu'on l'a constatée en l'absence de toute lésion (*apoplexie nerveuse*), qu'on la voit être le résultat d'une *congestion sanguine* (1), et enfin les recherches récentes ont prouvé jusqu'à l'évidence que le *ramollissement* du cerveau peut donner lieu à une véritable attaque d'apoplexie. On le voit donc, il est absolument nécessaire, comme je le disais plus haut, de supprimer le mot *apoplexie*, qui ne se rapporte à rien de précis, ou du moins de ne plus l'employer que d'une manière générique et pour désigner toutes les maladies que je viens d'énumérer.

L'hémorrhagie cérébrale a reçu les noms de *sideratio*, *attonitus morbus*, *paralysis*, *stupor*, *coma*, et plusieurs autres qui tous se rapportent à un symptôme plus ou moins frappant, ou bien à la manière subite dont le mal se produit. Ils sont très connus, et il serait inutile de les rapporter ici.

L'hémorrhagie cérébrale est une maladie fréquente. Nous allons voir que sa fréquence varie beaucoup suivant les âges.

§ II. — Causes.

L'étude des causes s'est faite très légèrement jusqu'à l'époque où Rochoux a commencé à rechercher, à l'aide de l'analyse des faits, quelle est la valeur réelle des influences le plus généralement admises. Depuis lors, quelques recherches ont été faites dans le même esprit, et c'est à l'aide des renseignements qu'elles nous ont fournis que je vais exposer l'étiologie de l'hémorrhagie cérébrale.

1° Causes prédisposantes.

Age. — L'influence de l'âge sur la production de l'hémorrhagie cérébrale ne peut être un instant mise en doute ; elle a été reconnue dès les premiers temps de la médecine. C'est après l'âge de soixante ans qu'on observe le plus grand nombre de cas de cette maladie, et, à partir de l'âge de vingt ans, la proportion, d'abord très faible, va toujours croissant, comme on peut le voir dans le tableau que nous a donné Rochoux. Il ne faut pas croire néanmoins que les enfants soient tout à fait

(1) *Congestion cérébrale*. Voy. l'article précédent.

exempts de cette affection. J'ai fait connaître (1) plusieurs observations d'hémorrhagie cérébrale bien évidente chez des enfants nouveau-nés, et, d'un autre côté, MM. Barthez et Rilliet ont cité quatorze observations recueillies par eux ou par d'autres auteurs sur des sujets âgés de trois à douze ans.

M. le docteur Richard Quain (2) a cité un cas d'hémorrhagie cérébrale *chez un enfant de neuf ans*. A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère droit un caillot de 2 ou 3 pouces de long, qui était situé en dehors du ventricule latéral droit et qui se portait en bas jusqu'au corps strié, mais sans pénétrer dans le ventricule. M. le docteur Stiebel (3), de Francfort, a rapporté un cas d'*hémorrhagie du pédoncule cérébral gauche* chez une *jeune fille de onze ans*. Un des principaux symptômes fut la paralysie du nerf moteur oculaire commun du côté gauche, ce qui fut parfaitement expliqué à l'autopsie par le voisinage d'une inflammation consécutive à l'hémorrhagie. Mais ce petit nombre de faits prouve suffisamment l'extrême rareté de l'hémorrhagie cérébrale avant l'âge de vingt à trente ans, époque à laquelle elle est encore, comme nous venons de le voir, très peu fréquente.

Sexe. — Suivant P. Frank, les deux sexes seraient également prédisposés à l'hémorrhagie cérébrale; mais cette opinion ne peut pas se soutenir en présence des faits observés. M. Falret, opérant sur un très grand nombre d'observations, a en effet trouvé que les hommes présentent un nombre de cas d'apoplexie plus grand que les femmes (presque dans la proportion de 3 à 1), et M. Lallemand est arrivé à un résultat à peu près semblable pour les affections cérébrales en général, ce qui s'applique en particulier à la maladie dont nous nous occupons.

Tempérament. — C'est une opinion généralement accréditée, que les personnes d'un tempérament sanguin sont beaucoup plus sujettes à l'hémorrhagie cérébrale que toutes les autres. Mais, pour établir une semblable manière de voir, a-t-on examiné sévèrement les faits? C'est ce que ne saurait faire Rochoux, qui, procédant à l'aide de chiffres, a démontré que rien dans le tempérament ne peut faire prévoir une attaque d'apoplexie. Ces faits me paraissent incontestables. Je sais bien qu'on leur a opposé les assertions de plusieurs auteurs, fondées sur quelques observations; mais ce n'est pas ainsi qu'on doit étudier les causes. Rochoux a très bien fait voir qu'avant de se prononcer, il faut rechercher quels sont les tempéraments prédominants dans une population, et que, ce travail préliminaire une fois fait, il faut recourir à l'analyse d'un nombre considérable d'observations. Or, lui seul ayant procédé de cette façon, c'est à sa manière de voir que nous devons nous ranger.

Constitution. — On sait qu'on regarde généralement comme ayant une grande prédisposition à l'hémorrhagie cérébrale les personnes douées d'un embonpoint considérable, d'une constitution forte, et remarquables par la *brièveté du cou*. C'est à ces conditions, jointes au tempérament sanguin, qu'on a donné le nom de *constitution apoplectique*. Morgagni a insisté beaucoup sur la valeur de ces signes extérieurs; mais si, comme je l'ai fait, on analyse ses observations, on voit que très rarement cette constitution apoplectique y est indiquée, et les autres faits cités par les auteurs prouvent la vérité de la proposition suivante de Rochoux :

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, article *Apoplexie*.
(2) *London Jour*[illegible] 1849.
(3) Thèse de Francfort-sur-le-Mein, 1847.

« Aucun signe extérieur appréciable aux sens ne peut indiquer la disposition à l'apoplexie. »

Saisons. — Nous retrouvons ici l'influence de l'hiver, puis de l'été, sur la production de l'hémorrhagie cérébrale. Cette influence est établie sur les chiffres qui ont servi à déterminer l'action des saisons sur la congestion cérébrale. Les remarques présentées à l'occasion de l'étiologie de cette dernière affection pourraient trouver leur place ici ; mais, pour éviter les redites, je renvoie le lecteur à l'article précédent.

Professions. — Si l'on examine ce qui a été dit relativement aux professions, on est forcé de reconnaître que les diverses opinions des auteurs à cet égard n'ont pas de fondement réel. Si donc je dis que l'on a signalé comme prédisposant à l'hémorrhagie cérébrale les professions dans lesquelles les ouvriers sont exposés à une très grande élévation de température, et celles dans lesquelles l'esprit est constamment occupé, et si j'ajoute que Ramazzini (1) a cité comme atteints de cette affection, dans une proportion considérable, les ouvriers qui donnent le tain aux glaces, c'est uniquement pour faire connaître les opinions des auteurs, et nullement pour signaler un fait positif.

On a encore attribué une grande influence aux *passions*, et surtout aux passions tristes. Sans nier absolument cette influence, nous pouvons dire qu'elle n'est pas suffisamment démontrée, et que ce sujet intéressant demande de nouvelles recherches. Nous ferons la part des passions violentes en parlant des causes occasionnelles.

Il importe de dire un mot de l'*influence des affections de certains organes*. On connaît les discussions auxquelles ces questions ont donné lieu dans ces dernières années. Plusieurs médecins, parmi lesquels il faut citer Legallois, MM. Bricheteau, Bouillaud, Ménière (2), ont attribué une influence marquée à l'*hypertrophie du cœur* sur la production de l'apoplexie. Le dernier de ces auteurs a surtout cherché à démontrer que les *femmes grosses* sont sujettes à l'hémorrhagie cérébrale, ce qui dépendrait principalement d'une hypertrophie passagère du cœur, signalée par Larcher. Mais relativement à l'hypertrophie du cœur, les observations de Rochoux et de M. Louis ont fait voir que les faits cités par les auteurs précédents devaient être rapportés à une simple coïncidence dont les idées théoriques ont exagéré l'importance; et quant à la grossesse, nous trouvons d'abord que l'hypertrophie passagère du cœur, invoquée par M. Ménière, est loin d'être démontrée, et ensuite que, cette hypertrophie passagère existât-elle, son action ne serait pas mieux prouvée ; car si M. Ménière a trouvé des cas dans lesquels des femmes en couches ont succombé à l'apoplexie, les accoucheurs, et en particulier M. Gérardin, n'ont vu, dans les cas de mort pendant la grossesse, qu'une très faible proportion de décès causés par l'hémorrhagie cérébrale.

Je ne mentionne que pour mémoire l'opinion de Broussais sur l'influence des *affections de l'estomac*. Cette opinion est aujourd'hui jugée. On voit, dans une si énorme proportion des cas, l'estomac parfaitement sain chez les sujets qui ont

(1) *Essai sur les maladies des artisans*. Paris, 1777, in-12.

(2) *Observ. et réflex. sur l'hémorrhagie cérébrale (Archives gén. de médecine*, t. XVI, p. 489).

succombé à l'hémorrhagie cérébrale, qu'on a peine à concevoir qu'une pareille manière de voir ait trouvé le moindre crédit.

Enfin, on a dit que l'hémorrhagie cérébrale pouvait se présenter sous forme *épidémique;* mais on n'a pas cité de faits positifs. Je rappellerai seulement ici ce que j'ai dit à propos des *congestions cérébrales épidémiques* (1), laissant au lecteur le soin d'en tirer les conséquences.

2° Causes occasionnelles.

Les *habitudes hygiéniques*, et principalement l'*alimentation*, peuvent être regardées à la fois comme causes prédisposantes et comme causes occasionnelles. C'est ainsi qu'on peut admettre qu'un sujet qui pendant longtemps a eu une *nourriture succulente* et a fait un large usage des *boissons alcooliques*, est plus disposé qu'un autre à l'hémorrhagie cérébrale, sous l'influence d'une des causes qui vont être exposées. Mais ces mêmes causes sont, dans l'opinion de tous les auteurs, des causes occasionnelles, puisqu'ils admettent qu'un régime trop substantiel peut par lui-même produire la maladie, soit très promptement, soit d'une manière lente.

Parmi les causes occasionnelles le plus généralement admises, se trouvent les *écarts de régime*, l'*ivresse*, une *indigestion*, le *séjour dans un lieu trop chaud* après le repas, le *sommeil immédiatement après avoir mangé* copieusement. Portal a dit qu'on voyait beaucoup moins d'apoplexies à Paris depuis qu'on avait perdu l'habitude de souper. On ne peut assurément pas dire que ces influences sont nulles, mais dans quelle proportion exercent-elles leur action ? C'est une question qui ne pourrait être résolue que par un très grand nombre de faits sévèrement analysés; mais ce travail, extrêmement difficile, manque entièrement. Que de motifs pour douter de l'exactitude de l'assertion de Portal !

On voit l'apoplexie survenir pendant les *grands efforts musculaires* pour soulever un fardeau ; dans les *grands mouvements ;* pendant le *vomissement*, la *défécation*, le *coït*, les *douleurs de l'accouchement*. Il n'est pas douteux, en pareil cas, que ces causes occasionnelles n'aient eu une action réelle ; mais, d'un autre côté, on trouve un très grand nombre de cas dans lesquels l'hémorrhagie s'est effectuée pendant un repos absolu. La manière d'agir des causes que je viens de mentionner est trop facile à comprendre pour que je croie nécessaire d'y insister ; mais la remarque que j'ai faite prouve combien une prédisposition des plus marquées est indispensable, du moins dans la très grande majorité des cas, pour que l'effet ait lieu.

La même remarque s'applique à l'action des passions violentes. On a vu, en effet, des sujets frappés d'apoplexie dans un *transport de joie* ou de *colère*. Une émotion quelconque, pourvu qu'elle soit très vive, peut avoir ce résultat, mais les cas de ce genre sont loin d'être très fréquents.

Le passage subit d'une *température* très froide à une température très chaude, et réciproquement, est aussi rangé parmi les causes efficientes de l'hémorrhagie cérébrale ; c'est encore là un sujet de recherches à joindre à ceux que j'ai déjà eu l'occasion de signaler.

J'indiquerai encore la *suppression des flux sanguins*, des *exutoires*, des *exan-*

(1) Voy. page 105.

thèmes : ce sont des causes qui sont généralement admises ; mais tous les médecins qui examinent attentivement les faits reconnaissent que leur degré d'influence est loin d'être connu.

Enfin je me bornerai à signaler les *coups*, les *chutes*, une *blessure* quelconque de la tête, mais en faisant remarquer que ces hémorrhagies cérébrales, qu'on pourrait appeler *traumatiques*, sont fort rares.

On voit, par cette énumération, combien est vague encore cette étiologie de l'hémorrhagie du cerveau. C'est qu'il faut un très grand nombre de faits pour résoudre ces questions, qui ne peuvent se juger qu'en tenant compte de circonstances dans lesquelles les hommes se trouvent presque tous plus ou moins fréquemment, ce qui rend nécessairement les coïncidences très faciles et très nombreuses.

3° Conditions organiques.

Ce n'est pas anticiper sur la description des lésions anatomiques que de parler des altérations qui peuvent, pour ainsi dire, préparer l'hémorrhagie cérébrale et rendre facile. Il est bien entendu que je ne m'occuperai pas des opinions des teurs anciens, qui étaient toutes hypothétiques, mais seulement de celles qui ont ur fondement l'anatomie pathologique.

On a été naturellement porté à attribuer l'hémorrhagie cérébrale à une lésion d'un vaisseau sanguin. On sait, en effet, que chez le vieillard, qui est principalement sujet à l'apoplexie, les vaisseaux présentent des incrustations, des ossifications qui peuvent finir par user leurs parois ; or rien ne paraît plus simple que d'admettre l'existence d'une semblable usure ou d'une espèce de cassure dans un vaisseau placé au milieu du foyer hémorrhagique ; mais quand il s'agit d'en venir à la démonstration, on se trouve promptement arrêté. Avec quelque soin qu'on examine le foyer apoplectique, on n'y découvre presque jamais de vaisseaux suffisamment développés pour qu'on puisse y apercevoir une lésion quelconque, et tout est remis en question. Je dois dire cependant que quelques auteurs ont cité des exemples de rupture d'un vaisseau, et que M. Guillot m'a affirmé avoir, dans plus d'un cas, démontré par de fines injections cette rupture qui rendait parfaitement raison de l'hémorrhagie ; mais il serait nécessaire, avant de se prononcer, que ces derniers faits eussent été publiés, et d'ailleurs il reste toujours un très grand nombre de cas où une semblable lésion n'a pu être démontrée. Il faut prendre garde de confondre, au point de vue qui nous occupe, l'hémorrhagie cérébrale avec l'*hémorrhagie extra-arachnoïdienne*, qui est aussi une apoplexie. Dans cette dernière, la possibilité de la rupture d'un vaisseau n'est pas douteuse, et j'en ai cité des exemples. Mais on n'en peut rien conclure relativement à l'hémorrhagie qui se produit dans la pulpe nerveuse.

Si l'on a tant de peine à savoir s'il existe réellement une lésion d'un vaisseau, à plus forte raison ne pourra-t-on pas reconnaître si l'hémorrhagie est le résultat d'une altération d'une artère ou d'une veine. C'est pourtant ce qu'on a prétendu possible ; mais on voit, en examinant les raisons qu'on a fait valoir en faveur de l'existence d'une apoplexie veineuse, qu'on a eu en vue des cas d'épanchement de sang dans les mailles de la pie-mère veineuse, ce qui ne saurait nous intéresser ici.

Ne pouvant expliquer de cette manière la production de l'hémorrhagie, on a eu

recours à un *ramollissement* préalable, que Rochoux a nommé *ramollissement hémorrhagipare ;* mais tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Pariset avait déjà indiqué l'existence de ce ramollissement, et Rochoux lui assigne une nature particulière. Ce médecin a remarqué autour des foyers apoplectiques les plus récents une diminution de consistance de la pulpe cérébrale, qui est jaune et se laisse entraîner sous un filet d'eau. Il pense que tel était l'état de la pulpe cérébrale dans le point occupé par le foyer, pendant un certain temps avant la production de l'hémorrhagie. Ce ramollissement, de nature particulière, car il diffère du ramollissement inflammatoire par tous ses caractères, lui paraît nécessaire pour que la déchirure du cerveau ait lieu sous l'influence de l'effort sanguin.

Cette opinion n'est admise qu'en partie par quelques auteurs qui, avec M. Andral, pensent que le ramollissement est parfois primitif et parfois consécutif; d'autres le regardent comme un résultat de l'hémorrhagie elle-même. Il est bien difficile de se prononcer sur ce point d'une manière absolue. L'absence de tout symptôme précurseur, dans un certain nombre de cas, est une objection qui n'est pas sans importance, quoique Rochoux la mette de côté, en disant que le ramollissement hémorrhagipare est une altération latente. M. Louis a, en outre, fait remarquer qu'il est de la nature du ramollissement cérébral de se montrer fréquemment dans plusieurs points à la fois, tandis que l'hémorrhagie cérébrale se montre presque toujours isolée; et cette remarque, bien que ne s'appliquant pas directement à l'espèce particulière de ramollissement admise par Rochoux, n'est cependant pas sans valeur. Enfin, on peut dire que l'altération dont il s'agit est sans analogie dans l'organisme, bien que Rochoux l'ait comparée au ramollissement du cerveau chez certains phthisiques. Il ne serait pas, en effet, difficile de démontrer que cette comparaison n'est pas juste.

Lallemand admet aussi l'existence d'un ramollissement préalable, mais il ne pense pas, comme Rochoux, que ce ramollissement soit d'une nature particulière. Pour lui, c'est un ramollissement inflammatoire qui, rendant la pulpe cérébrale moins résistante, favorise l'épanchement du sang. L'objection présentée par M. Louis a beaucoup plus de force contre cette manière de voir que contre celle de Rochoux, et, à ce sujet, je ferai remarquer que cet auteur ne s'est pas prononcé, à beaucoup près, aussi explicitement que le disent les auteurs du *Compendium.* Selon eux, en effet, M. Louis admet la préexistence d'un ramollissement dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, tandis qu'il a dit, seulement en parlant de quelques morts subites et imprévues (1), qu'en admettant un ramollissement latent, on explique facilement l'apparition de certaines hémorrhagies cérébrales sans symptômes précurseurs.

La question, comme on le voit, offre les plus grandes difficultés, et je crois qu'il est impossible de la résoudre dans l'état actuel de la science. J'aurai occasion d'en dire encore quelques mots quand je ferai l'histoire du *ramollissement cérébral.*

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale sont nombreux, et il en est beaucoup qui ont une très grande importance. De là résulte une assez grande difficulté pour

(1) *Mémoire ou recherches anatomo-pathol. sur plusieurs maladies.* Paris, 1826, in-8.

sa description. Rochoux a parfaitement démontré que cette affection se manifeste à l'observation par des symptômes qui peuvent bien ne pas exister tous ensemble et varier beaucoup sous le rapport de la violence, mais qui, au fond, sont toujours les mêmes; il n'y a donc pas lieu à établir une division qui aurait pour base des formes diverses de l'affection. Serait-il plus utile de traiter séparément de l'apoplexie très violente (foudroyante), de l'apoplexie de médiocre intensité et de l'apoplexie légère? M. Gendrin regarde cette division comme importante, et voici quelles sont pour lui les trois espèces d'apoplexies : la première est l'*apoplexie fugace*, ou coup de sang; la seconde, l'*apoplexie proprement dite*, ou apoplexie foudroyante, et la troisième est la *paraplexie*, dénomination empruntée à Galien, pour indiquer les cas où la paralysie prédomine, et qui sont ceux que d'autres auteurs ont désignés sous le nom d'*apoplexie de médiocre intensité*. Quant à moi, je ne crois pas qu'il y ait une utilité réelle à séparer, dans la description, ces divers cas qui ne diffèrent que par le degré de l'affection. Il suffit de signaler, à propos du début et de la marche de la maladie, les différences plus ou moins graves qui existent sous ce rapport dans un certain nombre de cas.

Nous avons dit que la maladie dont nous nous occupons peut avoir son siége dans le cervelet et la protubérance cérébrale, aussi bien que dans le cerveau. Faut-il donc décrire séparément ces hémorrhagies de siége différent? Pas davantage. Les symptômes auxquels donnent lieu les hémorrhagies du cervelet et de la protubérance peuvent très bien être compris dans une description générale; et, en recherchant ensuite s'il existe quelque signe propre à faire reconnaître le point de l'encéphale dans lequel a eu lieu l'épanchement du sang, on a fait tout ce qu'il faut pour ne rien laisser passer d'important dans la symptomatologie de l'affection.

1° *Symptômes précurseurs.* — La plupart des médecins qui ont écrit avant ces trente dernières années ont attaché une importance très grande aux symptômes précurseurs. Rochoux, examinant les faits qu'il a rassemblés, a trouvé que, dans un grand nombre de cas, il n'en existe aucun, et que souvent on a regardé comme des symptômes précurseurs de l'apoplexie des phénomènes qui appartiennent à d'autres affections, ou qui n'ont pas d'importance réelle. Cette manière de voir est aujourd'hui généralement admise. Cependant M. Gendrin (1) pense que, si l'on n'a pas trouvé, dans la grande majorité des cas, des symptômes prodromiques, c'est qu'on a observé dans les hôpitaux, où l'on reçoit des sujets qui n'apportent souvent aucune attention à l'état de leur santé, lorsqu'il n'a rien de grave. Il peut y avoir du vrai dans cette assertion; mais, pour en prouver toute l'exactitude, il eût fallu citer des faits observés hors des hôpitaux, et c'est ce que n'a pas fait M. Gendrin.

Les prodromes qu'on a observés sont les suivants. Une pesanteur habituelle de la tête; une tension marquée dans cette partie, rarement une véritable céphalalgie; des bouffées de chaleur vers la face, qui est plus ou moins fortement colorée; des étourdissements, des troubles de la vision revenant à intervalles variables; des bourdonnements, des tintements, des sifflements d'oreille; la dureté de l'ouïe.

Du côté de la motilité, on n'a observé aucun symptôme grave, mais une certaine pesanteur, un sentiment de fatigue, de l'engourdissement parfois.

(1) *Traité phil. de médecine pratique.* Paris, 1838, t. I, p. 378.

L'intelligence, sans être obtuse, a néanmoins une activité moindre, et l'on a cité quelques cas dans lesquels la mémoire était affaiblie.

Enfin on a noté une plus grande force de la circulation, l'ampleur du pouls ; la difficulté des digestions, les urines sédimenteuses ; une tendance marquée au sommeil, surtout après le repas, et l'augmentation de tous les symptômes précédents, lorsque le sujet séjourne dans un lieu où la température est élevée.

Un simple coup d'œil jeté sur ces symptômes, dont je n'ai pas cherché à rendre l'énumération très complète, parce qu'il suffit de connaître les principaux, prouve que les prodromes de l'hémorrhagie cérébrale ne sont autre chose que les phénomènes qui caractérisent la congestion du cerveau. Dans les cas où il existe des symptômes précurseurs, il s'est fait vers le cerveau un raptus sanguin qui, au bout d'un certain temps, a été suivi de la déchirure de la pulpe cérébrale.

Rochoux n'a observé ces symptômes que chez cinq des soixante-trois malades dont il a recueilli l'histoire (1), et non-seulement ils ne se montrent que chez un petit nombre de sujets, comme je l'ai déjà fait remarquer, mais encore, lorsqu'ils se manifestent, il est très rare qu'ils apparaissent tous ensemble. Tantôt ce sont simplement des bouffées de chaleur, tantôt un peu de céphalalgie ou de pesanteur de tête, et tantôt aussi un malaise indéfinissable qui ne saurait faire soupçonner l'invasion prochaine d'une hémorrhagie cérébrale. Il faut dire du reste que, malgré le soin qu'on a mis à rechercher ces signes précurseurs et à en apprécier la valeur, on aurait tort de croire qu'avec ces documents on peut prévoir toutes les attaques d'apoplexie précédées de prodromes. Ils sont quelquefois très trompeurs, et ce n'est qu'après l'invasion de la maladie qu'on en reconnaît l'importance.

Par opposition à ces cas dans lesquels une altération quelconque de la santé a précédé l'invasion de l'hémorrhagie cérébrale, on pourrait en citer d'autres où les malades ont rapporté qu'ils ne s'étaient jamais sentis plus dispos que les jours qui ont précédé leur attaque. On n'a, du reste, pu trouver aucune relation entre l'intensité de l'apoplexie et celle des symptômes précurseurs. L'absence où la présence de ces phénomènes n'a pas de rapport mieux démontré avec la violence de l'affection.

2° *Symptômes de l'attaque.* — La manière la plus ordinaire dont surviennent les attaques d'apoplexie est la suivante. Après avoir éprouvé quelques-uns des symptômes précurseurs qui viennent d'être indiqués, et plus souvent sans avoir été prévenu par aucun phénomène digne de remarque, le sujet est pris tout à coup d'un vertige ; il perd connaissance, tombe, et reste dans cet état pendant un temps plus ou moins long.

Apoplexie foudroyante. — Dans un certain nombre de cas, le malade, ainsi frappé, *reste sans aucun mouvement*, ou ses membres sont agités de *mouvements convulsifs* qui cessent plus ou moins promptement pour faire place à la résolution complète. La *respiration* est très embarrassée ; souvent *du sang est rendu par la bouche et le nez*, et le *malade expire* au bout d'un temps qui peut être moindre de cinq minutes, ce qui est fort rare, ou se prolonger plus ou moins sans qu'aucune amélioration ait lieu. C'est là ce qu'on a appelé une attaque d'*apoplexie foudroyante.* Nous verrons plus loin que l'hémorrhagie qui produit ces violents symptômes est ordinairement très abondante ou occupe un siége particulier.

(1) *Recherches sur l'apoplexie.*

Apoplexie violente. — D'autres sujets sont atteints avec la même rapidité de symptômes aussi violents ou presque aussi violents ; mais *l'état dans lequel ils se trouvent peut se prolonger vingt-quatre heures et même deux ou trois jours* sans que la connaissance revienne, et se terminer ensuite par la mort.

Apoplexie de médiocre intensité. — Il arrive bien plus souvent que les sujets affectés ne présentent, avec la *perte de connaissance*, qu'une *paralysie partielle*, sans trouble des autres fonctions, et qu'après être restés sans connaissance pendant un temps très variable qui sera indiqué plus loin d'une manière plus précise, ils reviennent plus ou moins parfaitement à eux, et conservent les symptômes de paralysie que je décrirai tout à l'heure.

Apoplexie légère. — Enfin on a cité des exemples dans lesquels *la perte de connaissance n'a pas été complète ou même a entièrement manqué*, les malades n'ayant été prévenus que par un *simple étourdissement*. Si le malade est debout, il tombe ordinairement ; mais parfois il peut continuer encore à marcher, en traînant sa jambe paralysée ; s'il est assis, lui seul quelquefois a, dans le premier moment, la conscience de son attaque ; mais plus souvent son air étonné et effrayé frappe ceux qui l'entourent, et la paralysie ne tarde pas à se manifester dans les efforts impuissants qu'il fait pour mouvoir les membres affectés.

Tels sont les symptômes qui appartiennent en propre aux attaques d'apoplexie. On en observe encore quelques autres, mais on les trouvera dans la description détaillée qui va suivre ; car il est important d'étudier en particulier chacun des symptômes que présentent les apoplectiques ; et si j'ai tracé le tableau précédent, c'est qu'il est utile de connaître la manière dont se fait l'*invasion* de la maladie.

3° *Description des divers symptômes en particulier.* — Nous avons vu plus haut que la *perte de connaissance* est un des principaux symptômes de l'hémorrhagie cérébrale, et nous avons noté des cas dans lesquels cette *perte de connaissance* est *incomplète*. Dans ce dernier cas, il y a des nuances qui méritent d'être mentionnées. « Tantôt, dit Rochoux, c'est un simple *éblouissement*, tantôt un *tournoiement de tête* beaucoup plus fort. D'autres fois il s'y joint une *sensation très pénible de déchirure* ou *de quelque chose qui éclate* dans la tête. Tantôt la perte de connaissance est telle que le malade paraît entièrement insensible, mais *se rappelle* pourtant, quand l'accès est passé, *la plupart des choses* qui lui sont arrivées pendant sa durée...

» Ce qu'il y a surtout de remarquable dans l'étourdissement apoplectique, c'est, continue Rochoux, le caractère du *trouble profond et prolongé* qu'il apporte dans les facultés intellectuelles. Il a beau être léger, les malades conservent un air d'étonnement tout à fait insolite, qui se dissipe toujours avec lenteur...

» Quand l'étourdissement est dissipé, il reste presque toujours une assez forte *douleur de tête*, avec un sentiment de *lourdeur* de cette partie. Beaucoup de malades disent en souffrir principalement du côté opposé à la paralysie. »

Paralysie du mouvement. — La paralysie est un des symptômes les plus importants de l'hémorrhagie cérébrale. Aujourd'hui personne n'élève de doute sur ce point. Ordinairement elle occupe une moitié du corps, et constitue l'*hémiplégie*. En pareil cas, le bras et la jambe, d'un côté du corps, sont plus ou moins complétement privés du mouvement. Soulevés, ils retombent comme une masse inerte,

sans que la volonté du malade puisse s'y opposer. Ils ne peuvent plus exécuter aucun mouvement lorsque la paralysie est complète ; si elle n'est pas tout à fait complète, ce qui est rare, le malade peut retirer un peu le membre, mais il ne peut pas le soulever

La *paralysie de la face* coïncide avec celle des membres. Les traits du côté paralysé sont détendus ; la commissure des lèvres, du même côté, est plus basse que celle du côté opposé, et cela souvent à un degré très remarquable, parce que les muscles du côté non paralysé se contractent et tirent les traits en haut et en dehors. Si l'on dit au malade de souffler en retenant l'air dans sa bouche, on voit la joue paralysée se distendre plus que l'autre, puis la bouche s'entr'ouvrir de ce côté et l'air sortir malgré tous les efforts du malade, ce qui tient au défaut de contraction des muscles de ce côté. Ce phénomène se produit parfois indépendamment de la volonté du malade, et alors qu'il est encore privé de connaissance. A chaque mouvement d'expiration, l'air, tendant à s'échapper de la bouche, soulève d'abord le muscle buccinateur paralysé, puis entr'ouvre la commissure, et s'échappe avec un bruit court et sec, comme quand on fume ; aussi s'est-on servi, pour désigner ce phénomène, de l'expression *fumer la pipe*.

[M. le docteur Gubler (1) a récemment étudié et décrit avec beaucoup de soin une forme de paralysie très vaguement indiquée avant lui. Il la nomme *paralysie* ou *hémiplégie alterne*, parce que, en effet, le mouvement est aboli dans une moitié latérale de la face d'un côté, et dans les membres supérieur et inférieur de l'autre côté du corps. Cette forme de paralysie pourrait, à la rigueur, dépendre d'une double lésion, l'une dans les centres nerveux, l'autre sur le trajet du facial ; mais, en général, elle se rattache à une lésion unique siégeant dans la protubérance annulaire, et dont l'action peut être expliquée avec vraisemblance de la manière suivante. Les nerfs faciaux s'entrecroisent au-dessus de l'isthme (Vulpian, Philipeaux) ; les cordons de la moelle ne s'entrecroisent que dans le bulbe. En conséquence, une altération quelconque, siégeant dans une moitié latérale de la protubérance, produira les effets suivants : paralysie des membres du côté opposé, puisque les cordons médullaires affectés sont destinés à l'autre moitié du corps ; et paralysie directe de la face, puisque la lésion porte sur un nerf déjà entrecroisé, et qui est destiné au côté de la face correspondant à celui de la lésion.]

La paralysie des muscles moteurs de l'*œil* est beaucoup plus rare : il existe en pareil cas un *strabisme* qui varie nécessairement suivant les muscles paralysés. On observe plus fréquemment la *paralysie de la paupière supérieure ;* l'œil est alors fermé, parce que le releveur de cette paupière ne peut plus la soulever. On a aussi, dans un certain nombre de cas, signalé l'immobilité des *pupilles*, qui, suivant les auteurs, sont le plus souvent dilatées dans les cas les plus graves.

La *paralysie de la langue* coïncide ordinairement avec celle de la face et des membres, et se fait reconnaître principalement par la déviation de cet organe, lorsque le malade le tire ou cherche à le tirer hors de la bouche. Si la paralysie est complète, ou, en d'autres termes, existe des deux côtés, la langue ne peut pas être tirée ; elle reste immobile au milieu de la bouche, malgré tous les efforts du malade. Si elle ne porte que sur un côté, l'organe sort de la bouche avec facilité, mais il est

(1) *De l'hémiplégie alterne* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, oct. 1856 et oct. 1858).

dévié. La pointe est portée du côté paralysé, phénomène qu'on explique facilement quand on connaît la manière dont la langue est poussée au dehors, ce qui a lieu par un mouvement de propulsion exécuté par les muscles génio-glosses, et a été très bien indiqué par Lallemand. Le muscle non paralysé pousse seul la langue, qui se trouve ainsi, faute d'antagonisme du muscle opposé, jetée du côté paralysé.

On a, il est vrai, fait des objections à cette manière d'expliquer le mouvement de la langue, et Blandin, qui nous a donné un mémoire fort intéressant *sur la structure et les mouvements de la langue dans l'homme* (1), pense que l'action du lingual et du stylo-glosse, du côté non paralysé, doit empêcher le mouvement de propulsion du génio-glosse; mais s'il en est ainsi, il n'y a plus d'explication possible. D'un autre côté, on a cité des cas dans lesquels la déviation de la langue a lieu du côté non paralysé. Malgré les efforts qu'on a faits pour expliquer ces anomalies, nous devons convenir que nous ne connaissons rien de satisfaisant à cet égard. Je dois toutefois mettre l'observateur en garde contre une erreur facile. Il arrive quelquefois que la langue n'est pas paralysée; si alors on la fait tirer en se plaçant du côté sain, le malade la dirige vers le médecin, et l'on peut la croire déviée de ce côté. Il faut aussi tenir compte de l'absence des dents d'un côté de la bouche, car la langue sort naturellement par le point où les gencives se trouvent dégarnies. Mais c'est assez insister sur un point qui, pour nous, n'a qu'une importance secondaire, car pour le praticien il suffit qu'un fait soit bien constaté, quelle que soit l'explication qu'on puisse en donner.

La paralysie des autres parties du corps est bien loin d'avoir la même importance que celle des organes qui viennent d'être mentionnés, parce qu'elle est beaucoup moins fréquente; cependant il est quelques particularités qui méritent notre attention.

On observe parfois une *paralysie des muscles d'un côté du cou*, mais le fait est rare. Il n'est pas plus fréquent d'observer la perte du mouvement des muscles du pharynx et de l'œsophage; ce symptôme n'existe guère que dans quelques cas très graves où il y a paralysie générale. En pareil cas, la *déglutition* est très difficile et se fait avec un bruit de *glouglou*. Je ne sais sur quoi se sont fondés les auteurs du *Compendium* pour avancer que la paralysie de l'estomac est assez fréquente dans l'apoplexie; ce symptôme n'est mentionné ni par Rochoux, ni par M. Andral, qui ont étudié avec soin la paralysie dans les diverses parties qu'elle occupe, et je ne l'ai pas vu constaté dans les observations que j'ai consultées. La *paralysie du rectum* s'observe au contraire dans un certain nombre de cas, et il en est de même de la *paralysie de la vessie*. Je reviendrai sur ces signes.

Paralysies limitées. — Chez quelques sujets, et j'ai déjà eu occasion de signaler ces particularités, une portion peu étendue du corps est frappée de paralysie du mouvement. C'est ainsi qu'on voit un bras, plus rarement une jambe, plus rarement encore la langue, comme j'en ai observé récemment un cas, ou bien un côté de la face, être isolément paralysés. Dans d'autres cas, on voit à la fois la face et un bras, ou bien la face et la langue, etc., offrir la paralysie. Ces paralysies limitées peuvent avoir lieu aussi bien à la suite d'une attaque avec perte de connaissance qu'après un simple étourdissement; mais si l'on s'en rapporte à la plupart des faits publiés,

(1) *Archives de médecine*. Paris, 1823, t. I, p. 457.

c'est surtout dans les cas où il n'y a pas eu perte de connaissance qu'elles se manifestent.

On n'est pas bien fixé sur la *paralysie des muscles du tronc*. Ce que nous dirons à propos de la paralysie du sentiment nous portera à penser que les muscles de cette partie présentent plus ou moins complétement, dans un certain nombre de cas, la perte du mouvement; mais il est difficile de s'en assurer, soit en examinant les mouvements des côtes dans la respiration, soit en faisant exécuter des mouvements du tronc, parce que l'action musculaire des deux côtés n'est pas, à beaucoup près, aussi indépendante dans cette partie que dans les membres.

Dans les cas très graves, au contraire, ainsi que je l'ai dit plus haut, toutes ou presque toutes les parties que je viens d'énumérer sont frappées de paralysie des deux côtés du corps. On observe alors la *paralysie générale*, qui quelquefois, se dissipant d'un côté, laisse une hémiplégie complète, mais qui le plus souvent persiste jusqu'à la mort.

M. Cl. Bernard (1) a rapporté un cas dans lequel il existait un foyer sanguin dans le corps strié du côté gauche, *sans qu'on ait observé de paralysie* dans aucun point du corps. C'est un cas bien exceptionnel.

Convulsions, contracture. — La motilité présente encore une altération très importante, quoiqu'elle ne s'observe ni dans tous les cas, ni à toutes les époques de la maladie. Je veux parler des *convulsions*, de la *contracture*, de la *roideur* des membres et de celle des muscles de la mâchoire (*trismus*).

Dans certains cas, les convulsions ou la contracture alternent avec la paralysie, de telle sorte que, par moments, les membres se contractent de manière qu'il faut beaucoup de peine pour les étendre, et que, dans d'autres, ils tombent dans la résolution. D'autres fois, on observe la paralysie d'un côté, et la roideur, la contracture ou les convulsions de l'autre. Assez souvent enfin on voit à une paralysie qui a duré plus ou moins longtemps succéder les convulsions et la contracture. Il résulte des recherches de Boudet, sur ce point intéressant, que l'apparition des phénomènes convulsifs coïncide, du moins dans le plus grand nombre des cas, avec un *épanchement de sang dans une des cavités de l'encéphale* (ventricules, grande cavité de l'arachnoïde). J'ai eu occasion de vérifier maintes fois cette remarque importante, sur laquelle je reviendrai en parlant du *ramollissement cérébral* et des *abcès du cerveau*. Parfois la contracture existe des deux côtés, ce qui s'explique facilement par l'éruption du sang dans la cavité centrale du cerveau.

Paralysie de la sensibilité. — La sensibilité se trouve plus ou moins complétement abolie dans les organes privés de mouvement. Cette règle souffre quelques exceptions, mais ces exceptions sont rares. Si l'on pince, si l'on pique un membre dans la résolution, le malade ne donne par aucune plainte, s'il a sa connaissance, et par aucun mouvement des parties non paralysées, s'il est sans connaissance, le moindre signe de souffrance. On observe surtout cette perte de sensibilité à la face et aux membres. Sur le tronc, la perte de sensibilité peut être constatée, mais ses limites ne sont pas toujours les mêmes; il est rare que l'insensibilité s'arrête juste à la ligne médiane : chez quelques sujets on la voit s'avancer très près de cette ligne, tandis que chez d'autres elle s'en éloigne de manière à n'occuper que la partie

(1) *Union médicale*, 1[illegible] août 1848.

[redacted]

latérale du tronc. Dans quelques cas que j'ai examinés dans le but de rechercher quelles sont les limites de l'insensibilité, j'ai trouvé qu'elles se rapprochaient beaucoup plus de la ligne médiane en arrière qu'en avant, de telle sorte que l'abdomen et la partie antérieure de la poitrine avaient conservé toute leur sensibilité, tandis qu'une moitié du dos était presque partout insensible. J'ai aussi constaté un fait remarquable : après avoir piqué avec une épingle un point sensible voisin des limites de l'insensibilité préalablement reconnues, je voyais, en piquant un peu au delà de ces limites, vers la partie paralysée, la sensibilité revenue, et en poursuivant l'expérience, je pouvais reculer la limite de 4 ou 5 centimètres, et quelquefois plus; de telle sorte que le malade se plaignait vivement d'une piqûre légère faite dans un point où auparavant une piqûre beaucoup plus forte n'avait causé aucune douleur. Je signale ces expériences, afin qu'elles soient répétées, car je n'ai pu encore les faire assez souvent.

La perte de la sensibilité est générale dans les cas très graves, comme la perte du mouvement. Parfois aussi elle est bornée à une très petite étendue du tégument, et, je le répète, elle n'est pas toujours en rapport avec la paralysie du mouvement.

Troubles des sens. — Pendant l'attaque, lorsque le malade est privé de connaissance, les fonctions sensoriales sont, par ce seul fait, abolies, et il n'est, par conséquent, pas possible de s'assurer s'il existe réellement des troubles de la vision, de l'ouïe, etc. Lorsqu'il est revenu à lui, on peut rechercher quels sont les symptômes que fournissent ces fonctions; mais malheureusement ces recherches n'ont pas encore été faites d'une manière suivie et méthodique. Quelquefois la *vision* est troublée du côté paralysé. L'œil est fixe, immobile, et ne distingue pas les objets ou ne les aperçoit que confusément. Dans des cas très graves, et qui se terminent par la mort sans que le malade ait recouvré sa connaissance, on voit parfois l'œil du côté affecté, injecté, saillant, à demi ouvert.

Dans un certain nombre d'observations inédites, dont j'ai entendu la lecture à la Société d'observation, il est fait mention d'expériences tendantes à rechercher si l'*ouïe* était perdue du côté paralysé, et j'ai remarqué qu'en général ces expériences conduisaient à un résultat négatif.

L'*odorat* est quelquefois perdu du côté malade. Il faut prendre garde, en recherchant ce symptôme, de confondre la sensibilité spéciale avec la sensibilité générale. La narine peut être insensible aux stimulants ordinaires par suite de la paralysie, et cependant percevoir encore la sensation particulière des odeurs.

Quant au *goût*, rien n'est plus difficile que de savoir s'il est aboli dans une partie de la langue, parce que la salive répand promptement sur la surface de cet organe les corps sapides qu'on dépose sur un de ses points. L'impression qui m'est restée de la lecture de quelques faits où l'état de ce sens a été recherché, est que le goût n'est généralement pas aboli.

Respiration. — J'ai dit plus haut que dans les attaques très violentes la respiration est embarrassée. Les malades font alors entendre le même bruit qu'une personne qui ronfle, et c'est là ce qu'on a désigné sous le nom de *stertor*. Aux approches de la mort, le râle trachéal, comme dans toutes les agonies, vient se joindre à cette sterteur, qu'on retrouve, du reste, dans d'autres affections comateuses.

La *parole* est très fréquemment difficile ou même impossible, ce qui dépend de plusieurs causes. Lorsque les malades reviennent à eux, l'intelligence est plus ou

moins troublée, d'où il peut résulter une certaine confusion et un embarras plus ou moins marqué de la parole. Quelquefois la parole reste complétement abolie, bien que l'intelligence soit revenue, et nous verrons, en parlant des lésions anatomiques, à quelles altérations particulières du cerveau on a attribué ce symptôme singulier. Enfin, comme je l'ai dit plus haut, l'intelligence peut être revenue, ou même n'avoir été que faiblement atteinte, la parole peut être conservée, et cependant la prononciation des mots être très confuse par suite de la paralysie de la langue. J'ai eu dernièrement dans mon service, à l'Hôtel-Dieu annexe, une jeune femme qui n'a pas eu de paralysie ailleurs que dans les muscles de la langue, et qui articulait difficilement, quoique l'attaque d'apoplexie se fût dissipée depuis longtemps.

L'*état du pouls* a été étudié avec assez de soin, et nous verrons, en parlant du *pronostic*, quelles conséquences on en a tirées. Il est variable. Souvent le pouls conserve sa fréquence, son ampleur et sa régularité normales. Parfois il est fort, plein et dur; parfois aussi petit, serré, faible, rarement irrégulier. Lorsque la mort est proche, le pouls s'accélère et devient étroit et faible.

Du côté des *voies digestives*, on n'observe ordinairement rien de bien remarquable. On a noté quelquefois des *vomissements*, au moment de l'attaque, ordinairement de la *constipation*, et parfois des *selles involontaires*. Ce dernier symptôme n'a lieu à une époque rapprochée de l'invasion que dans des cas ordinairement très graves, et il résulte de la *paralysie des sphincters de l'anus*. Dans les cas d'une intensité moindre, il peut survenir aux approches de la mort.

La *sécrétion urinaire* ne subit pas de modifications importantes; mais nous avons vu que, dans certains cas, en général fort graves, son excrétion était empêchée par suite de la paralysie de la vessie. On trouve alors les symptômes que nous avons assignés à cette paralysie (tumeur, matité, urine rendue par regorgement, etc.), et qu'il faut toujours rechercher quand il s'agit d'une affection cérébrale. Plus souvent encore, dans les attaques un peu fortes, il y a émission involontaire des urines. Quant aux divers caractères physiques du liquide excrété, Rochoux n'a rien trouvé qui appartienne en propre à la maladie dont nous nous occupons.

La *chaleur de la peau* n'est en général ni augmentée ni diminuée. Dans quelques cas on a signalé le froid des extrémités coïncidant avec une augmentation de température vers la tête. Dans les derniers temps de la maladie, le froid des extrémités est très fréquent.

La *face* est diversement colorée. On avait attribué à l'apoplexie sanguine ou hémorrhagie cérébrale une coloration rouge de la face ordinairement remarquable. Rochoux a trouvé, en analysant ses observations, que la face est indifféremment pâle ou rouge, et qu'elle peut être verdâtre, jaunâtre, livide ou d'un violet foncé. Cette dernière coloration coïncide presque toujours avec la bouffissure.

Le *sommeil* n'est pas ordinairement naturel. Nous avons vu que dans les cas très graves il y a un véritable *coma*, et que par conséquent il n'y a, à proprement parler, ni veille ni sommeil. Das les cas moins intenses, et souvent même dans les cas légers, on observe un *assoupissement* qui est plus marqué la nuit que le jour. Dans d'autres, il existe une *agitation* parfois considérable, de l'*insomnie*, et même un véritable *délire*.

Tels sont les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale pendant la première partie de sa durée, à laquelle on pourrait donner le nom de *première période*, ou période

d'augment et d'état, si la marche de l'affection ne présentait pas une variabilité si grande. Voyons maintenant ce que deviennent tous ces phénomènes pendant que l'affection suit son cours.

A une époque de la maladie, très variable suivant les cas, l'*intelligence*, lorsque la maladie tend à la guérison, revient plus ou moins rapidement à son état primitif; mais il est rare qu'une attaque d'apoplexie sanguine un peu forte ne laisse pas après elle une certaine altération des facultés intellectuelles : tantôt c'est la mémoire qui est perdue, tantôt l'aptitude au travail, la puissance de conception, etc. Il est même fréquent que les individus restent dans un état marqué d'hébétude et d'idiotisme qui, joint à la paralysie qu'ils présentent, sert à les faire reconnaître promptement : ils pleurent et rient sans motif, et présentent l'état des vieillards *tombés en enfance*. Chez quelques sujets néanmoins les fonctions cérébrales reprennent toute leur activité ; c'est ce qu'on observe principalement dans les cas très légers où la perte de connaissance a été incomplète.

Il est très rare que la *paralysie du mouvement*, quelque légère qu'ait été l'at-e, se dissipe avec une très grande rapidité. On a cité, il est vrai, des cas où ce ptôme aurait disparu au bout de deux, trois ou quatre jours; mais comme le remarquer les auteurs qui ont étudié avec le plus de soin l'hémorrhagie céré-e, les cas de cette espèce doivent, selon toutes les probabilités, être rapportés une simple congestion du cerveau. Les sujets chez lesquels ce symptôme disparaît e plus rapidement sentent presque toujours, au bout d'un mois encore, une cer-ine faiblesse dans les parties paralysées. Mais le cas le plus ordinaire est de voir paralysie persister deux ou trois mois avant de se dissiper tout à fait, et enfin on it un assez bon nombre de sujets rester paralysés toute leur vie. C'est dans ces , comme je le disais plus haut, que l'intelligence est obtuse ou entièrement abolie. Rochoux a remarqué qu'alors même que la paralysie se dissipe chez les personnes âgées de plus de quarante ans, il reste presque toujours une faiblesse grande ou petite des membres affectés, à laquelle se joignent un sentiment d'engourdissement et une obtusion remarquable du tact.

Lorsque les membres restent paralysés pendant de longues années, ils s'*atrophient*, et finissent par présenter une coloration blafarde particulière, à laquelle on a donné le nom de *luridité*. Chez les sujets qui présentent cette paralysie prolongée des membres, la face reste également paralysée, l'immobilité des muscles qui font mouvoir les lèvres rend la parole difficile ; les malades laissent échapper leurs aliments en les mâchant, parce que les lèvres et les joues n'ont plus la force de les retenir, et la salive ne pouvant pas être mieux gardée, ils *bavent* presque constamment.

La *perte de la sensibilité* se dissipe de la même manière que la perte du mouvement ; mais il est à remarquer que le premier de ces symptômes disparaît avant le second. Ainsi on voit des membres qui ont recouvré toute leur sensibilité conserver une faiblesse encore très grande. Si la paralysie du mouvement persiste avec toute son intensité, il est bien rare que la paralysie de la sensibilité ne reste pas également complète. C'est ce qu'on observe chez les malades devenus idiots, dont je parlais plus haut.

Une remarque générale, c'est que la paralysie de la motilité et de la sensibilité se dissipe plus promptement aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

ainsi à des intervalles plus ou moins rapprochés. On a cité des cas où l'existence de dix, onze, douze petits foyers apoplectiques, dans un état de cicatrisation plus ou moins avancé, a prouvé l'existence de dix ou douze attaques de paralysie successives. Il arrive fréquemment qu'après avoir éprouvé un plus ou moins grand nombre de ces petites attaques, les sujets en ont une beaucoup plus forte qui cause la mort.

§ V. — Quelques particularités sur l'hémorrhagie cérébrale, suivant l'âge des sujets et le siége de la lésion.

L'hémorrhagie cérébrale, telle que je l'ai définie, a son siége dans plusieurs organes différents. Il importe, par conséquent, de rechercher si la différence du siége en apporte une dans les symptômes. En outre, la maladie ne se présente généralement pas, chez les très jeunes enfants, avec les mêmes caractères symptomatiques que chez les adultes : c'est également un point à étudier. Ces particularités me paraissent assez importantes pour mériter toute l'attention du praticien. Je vais les exposer, en commençant par l'hémorrhagie cérébrale chez les enfants.

Hémorrhagie cérébrale chez les enfants. — J'ai, dans un autre ouvrage réuni quelques observations propres à faire connaître quels sont les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale *chez les enfants nouveau-nés*. Or, parmi les cas que j'ai rassemblés, je n'en ai trouvé qu'un, recueilli par M. Vernois, qui ait donné des symptômes évidents. Je ne parle pas, en effet, des convulsions observées chez un sujet, parce qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde, dont nous ne nous occupons pas ici. On peut donc dire que, chez les nouveau-nés, l'affection est ordinairement latente. Les sujets n'étaient remarquables que par leur peu de vivacité ou leur immobilité. Dans le cas observé par M. Vernois, les symptômes furent ceux qu'on observe chez l'adulte, sauf que rien ne put faire croire que la sensibilité était abolie ; mais la difficulté de l'exploration a pu empêcher de reconnaître le symptôme.

Les observations rassemblées par MM. Rilliet et Barthez (2) prouvent que, chez les enfants un peu plus âgés, les symptômes ne sont généralement pas plus caractéristiques dans l'hémorrhagie qu'ils appellent primitive que dans l'hémorrhagie secondaire, c'est-à-dire survenue chez des sujets dont la santé est détériorée par une autre affection. Ce sont des convulsions, de l'agitation, du coma ; mais presque jamais ces symptômes ne s'accompagnent d'une paralysie évidente et bien localisée, et l'attaque, telle que nous l'avons décrite chez l'adulte, n'existe pas.

Il faut reconnaître que l'apoplexie, chez les enfants, a besoin d'être encore étudiée ; mais les faits dont je viens de faire mention n'en ont pas moins un intérêt réel.

Hémorrhagie du cervelet. — Il y a des points obscurs dans l'histoire de l'hémorrhagie du cervelet, ce qui tient, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium*, à ce que beaucoup d'apoplexies cérébelleuses sont très promptement mortelles et ne permettent pas d'en étudier attentivement les symptômes, et aussi à ce que fréquemment, en même temps qu'une hémorrhagie du cervelet, il existe

(1) *Clinique des enfants nouveau-nés*, p. 500 et suiv.
(2) *Traité des maladies des enfants*, t. II.

une hémorrhagie du cerveau. Cependant il résulte des recherches les plus précises, et en particulier de celles de M. Andral, que, dans la première de ces affections, les choses se passent *en général* de la même manière que dans l'hémorrhagie cérébrale. Voici toutes les différences signalées dans certains cas :

Morgagni a cru voir que, dans l'apoplexie du cervelet, la respiration est plus profondément troublée ainsi que la circulation, et que l'émission involontaire des urines et des matières fécales est plutôt un symptôme de cette hémorrhagie que d'une hémorrhagie cérébrale ; mais ces assertions demandent à être confirmées par de nouveaux faits.

M. Serres a noté l'*érection du pénis* six fois sur onze cas d'hémorrhagie cérébelleuse ; mais les autres auteurs n'ont pas observé ce phénomène, qui tiendrait, suivant ce médecin, à ce que l'hémorrhagie a eu lieu dans le lobe médian du cervelet.

Je mentionnerai encore, comme ayant été données pour signes d'une hémorrhagie cérébelleuse, la *paralysie du sentiment avec la conservation du mouvement*, une *impulsion irrésistible* qui pousse les malades en avant, qui les force à tourner sur eux-mêmes, à marcher de côté. On reconnaît là les conséquences de diverses théories physiologiques qui ont donné lieu à des discussions interminables. Pour nous, les faits cliniques ne sont pas concluants.

Enfin on a cité comme appartenant particulièrement à l'hémorrhagie cérébelleuse l'*amaurose* et le *coma ;* mais nous n'avons pas de relevés de faits qui prouvent l'exactitude de cette assertion.

Je parlerai du rapport de la paralysie avec le point lésé du cervelet, après avoir fait la description des lésions anatomiques.

Hémorrhagie de la protubérance cérébrale. — Dans quelques cas, l'hémorrhagie de la protubérance annulaire est tout à fait foudroyante. Le sujet peut être emporté en quelques minutes. On en voit un exemple dans le *Recueil de la Société anatomique.* Dans les cas de ce genre, le foyer apoplectique occupe toute la protubérance, dont il ne reste plus qu'une coque simple qui seule s'est opposée à l'écoulement du sang hors de l'organe. D'autres fois, et M. Serres (1) en a rapporté des exemples, il y a *paralysie générale*, et survenant subitement en même temps que la perte de connaissance ; puis se montrent des symptômes d'asphyxie, et le malade succombe au bout d'un temps plus ou moins long. En pareil cas, la lésion occupe encore la partie centrale de la protubérance ; mais, soit qu'elle ait moins d'étendue, soit pour une autre cause que les observations connues dans la science ne nous permettent pas d'indiquer, la maladie a marché avec moins de rapidité.

On a cité d'autres faits, et celui que rapporte Olivier (2) est des plus remarquables, dans lesquels les choses se sont passées à peu près comme dans le cas où il existe une hémorrhagie circonscrite dans un des hémisphères du cerveau, c'est-à-dire qu'il y a une hémiplégie du mouvement ; mais, suivant l'auteur que je viens de citer, l'hémorrhagie de la protubérance diffère, même dans ce cas, de l'hémorrhagie cérébrale, en ce qu'il n'y a pas abolition aussi complète de la sensibilité que

(1) *Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux.* Paris, 1819.
(2) *Traité des maladies de la moelle épinière,* 3e édit., t. II, observ. 95.

du mouvement, ce qu'il attribue à l'intégrité des faisceaux postérieurs de la moelle, qui ne sont pas atteints dans l'hémorrhagie de la protubérance.

Je dois dire que cette dernière assertion aurait besoin d'être appuyée sur de nouveaux faits ; car, dans les cas d'apoplexie de la protubérance, les symptômes sont souvent si graves et si promptement mortels, qu'on a beaucoup de peine à constater l'existence ou l'absence des divers phénomènes (1).

Un autre symptôme sur lequel Ollivier a principalement insisté consiste dans des convulsions plus ou moins violentes, une rigidité tétanique (Rochoux), qui précèdent la résolution générale par laquelle se termine le plus souvent l'apoplexie de la protubérance. Dans quelques-uns des cas rapportés, on peut expliquer ces convulsions par la rupture des parois du foyer sanguin et l'irruption du sang dans une des cavités tapissées par l'arachnoïde ; mais dans plusieurs des observations rassemblées par Ollivier, il a été bien constaté que l'hémorrhagie était parfaitement circonscrite dans l'intérieur de la protubérance, et que toutes les autres parties de l'encéphale étaient saines, de telle sorte que l'on ne peut s'empêcher de reconnaîtr l'existence de ce symptôme dans l'hémorrhagie simple du mésocéphale, quoiq soit difficile de l'expliquer.

Enfin on a prétendu que, dans l'hémorrhagie de la protubérance cérébrale, paralysie affectait plus particulièrement les membres supérieurs ; mais les faits q je viens de signaler, et dans lesquels la paralysie occupait tous les membres à l fois, prouvent que cette assertion est erronée.

Comme on le voit, l'hémorrhagie de la protubérance a besoin d'être encore étudiée avec grand soin, et, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas tracer de ses symptômes une description très précise.

Hémorrhagie capillaire (*apoplexie capillaire* des auteurs). — Nous verrons pl tard, en parlant des lésions anatomiques, qu'il existe une forme d'hémorrhagie cérébrale dans laquelle le sang n'est pas ramassé en foyer, mais bien disséminé, sous forme de pointillé plus ou moins fin, lésion à laquelle on a donné le nom d'*apoplexie capillaire*. Cette forme de l'hémorrhagie cérébrale (car il est aujourd'hui démontré qu'une véritable hémorrhagie peut affecter une forme semblable) donne-t-elle lieu à des symptômes particuliers? Si l'on consulte sur ce point les intéressantes recherches de MM. Bravais (2), Cruveilhier (3), Dance (4), Diday (5), Durand-Fardel (6), etc., on voit que les divers cas présentent d'assez grandes différences.

Dans ceux qu'ont cités MM. Diday et Durand-Fardel, les symptômes ont été les mêmes que ceux de l'hémorrhagie cérébrale ordinaire ; seulement, ainsi que le fait remarquer le premier de ces deux auteurs, les phénomènes sont plus fugitifs et peuvent souvent échapper à l'observation. Dans les cas cités par Dance, au contraire, les symptômes ont été tellement obscurs et si différents de ceux de l'hémorrhagie cérébrale ordinaire, que la maladie a été méconnue pendant la vie.

(1) On consultera avec fruit, sur ce point, les recherches de M. Longet sur le système nerveux.
(2) *Mémoire sur l'hémorrh. de la couche corticale du cerveau* (*Rev. méd.*, mars 1827).
(3) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. APOPLEXIE.
(4) *Observ. sur une forme particulière d'apoplexie* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1832).
(5) *Mémoire sur l'apoplexie capillaire* (*Gazette médicale de Paris*, avril 1837).
(6) *Recherches anat.-pathol. sur l'infiltration sanguine.* Thèse. Paris, 1840.

Ce qui fait que les symptômes sont obscurs dans beaucoup de cas, c'est : 1° que l'apoplexie capillaire se fait fréquemment chez des sujets déjà affectés d'une autre maladie, et 2° que souvent une inflammation du tissu cérébral vient promptement mêler ses symptômes à ceux de l'hémorrhagie, et les masquer. Dans les cas observés par Dance, on n'a remarqué d'abord qu'une prostration croissante avec un état fébrile sans caractère particulier ; puis est survenue une paralysie générale qu'on a pu attribuer à toute autre lésion qu'à une apoplexie capillaire.

§ VI. — Lésions anatomiques.

C'est à l'aide d'une étude approfondie des lésions anatomiques qu'on est parvenu à connaître avec une assez grande exactitude les différents points de l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale, et qu'on a fait justice d'une foule de théories hypothétiques qui avaient cours dans la science. C'est aux recherches de Wepfer (1), de Valsalva, de Morgagni, qu'on doit les premières notions exactes et étendues sur ces lésions, qui ont été ensuite étudiées avec une nouvelle ardeur dans les trente dernières années. Rien ne me serait plus facile que de donner sur ce sujet un très grand nombre de détails ; mais je dois me borner à signaler les points les plus importants, comme je l'ai fait pour les autres maladies.

Ce qui caractérise essentiellement l'hémorrhagie cérébrale est l'accumulation d'une plus ou moins grande quantité de sang liquide ou en caillots dans une excavation formée aux dépens de la substance du cerveau, du cervelet ou de la protubérance annulaire. Quelquefois néanmoins il n'y a pas de véritable excavation, et il existe alors une apoplexie capillaire, ou infiltration sanguine, sur laquelle je reviendrai plus loin.

Foyer hémorrhagique. — Chez les sujets qui succombent à une hémorrhagie récente, on trouve dans diverses parties de l'encéphale qui seront indiquées plus loin, une cavité généralement arrondie, mais de forme irrégulière et remplie de sang. Ce sang est ordinairement pris en caillots mous, quelquefois il est en partie caillé et en partie liquide. Le nombre et le volume des caillots sont très variables ; ils sont noirs, ainsi que le sang liquide dans lequel ils baignent.

Lorsqu'il s'est écoulé un certain temps depuis l'attaque d'apoplexie jusqu'à la mort, le sang contenu dans le foyer est pris en un caillot plus dense, mou, fortement coloré, et au lieu d'être plongé dans un liquide sanguin offrant tous ses caractères normaux, il est entouré d'une sérosité rougeâtre plus ou moins foncée.

Il arrive quelquefois qu'une hémorrhagie nouvelle s'est effectuée dans le foyer sanguin primitif ; alors on trouve d'anciens caillots décolorés au milieu d'un épanchement de sang en caillots noirâtres ou d'un liquide de la même couleur. Il en est à peu près de même lorsque l'hémorrhagie a continué à se faire lentement, car les premiers caillots ont eu le temps de prendre de la consistance et de se décolorer avant que les derniers se soient formés.

A une époque plus avancée, la consistance du sang a beaucoup augmenté, sa couleur est rouge pâle, jaunâtre, jaune d'ocre ; plus tard encore il ne se présente plus que sous forme de quelques caillots fibrineux, et finit par être complétement

(1) *Observ. medicinæ pract.*, 1727 : *Apoplexie.*

résorbé. Nous verrons plus loin, en parlant de la cicatrisation des foyers hémorrhagiques, ce qui reste après sa résorption.

La quantité de sang contenue dans les foyers récents est des plus variables. Suivant Rochoux, elle varie ordinairement de 4 à 8 grammes jusqu'à 120 et 160 ; mais cet auteur signale des cas dans lesquels cette quantité a été beaucoup plus ou beaucoup moins considérable. On voit, en effet, dans quelques cas, une très grande partie d'un hémisphère occupée par un foyer sanguin, de telle sorte que le volume de ce côté du cerveau a notablement augmenté, et qu'il peut en résulter une compression de l'autre hémisphère, tandis que dans d'autres cas on ne trouve qu'un petit foyer capable de loger un haricot ou une fève.

Les *parois* des foyers apoplectiques sont inégales et présentent des saillies et des enfoncements très variables. Elles sont molles dans la très grande majorité des cas, lorsque l'épanchement est récent ; si l'on remplit d'eau la cavité qu'elles forment, on voit flotter des lambeaux adhérents à ces parois, et qui résultent de la déchirure de la pulpe cérébrale. Leur couche la plus interne, dans l'épaisseur de 4 à 5 millimètres, est rouge foncé et manifestement imbibée de sang ; ensuite on trouve une nouvelle couche d'abord rougeâtre, puis d'un jaune-serin pâle, qui a de 4 à 8 ou 9 millimètres d'épaisseur, qui est ramollie et souvent à un très haut degré, qui se divise en filaments flottants comme des houppes quand on verse un filet d'eau, et dont une partie finit par être entraînée si l'on continue l'irrigation.

C'est cette couche ramollie qui, aux yeux de Rochoux, est un vestige de ce ramollissement jaune particulier auquel il a donné le nom de *ramollissement hémorrhagipare*. L'existence préalable de ce ramollissement expliquerait, en effet, très bien la formation de l'hémorrhagie ; mais on a objecté que, dans quelques cas d'apoplexie foudroyante, ce ramollissement n'avait pas été signalé, et l'on a attribué cet état de la substance cérébrale qui environne le foyer à une imbibition sanguine qui pénètre à une plus ou moins grande profondeur. Nous avons vu qu'un des principaux arguments en faveur de cette dernière opinion est l'absence de symptômes précurseurs. De son côté, Rochoux objecte que cette imbibition peut bien exister dans les cas où l'hémorrhagie date de trois ou quatre jours, mais non dans ceux où les malades ont été emportés en trois ou quatre heures. J'avoue que je ne comprends pas la force de cette objection. Qui nous dit, en effet, qu'un tissu déchiré ne peut pas s'imbiber en trois ou quatre heures? La charpente du cerveau est cellulaire comme celle des autres organes, et l'on sait avec quelle facilité l'imbibition se fait dans ce tissu. En dernière analyse, l'opinion de Rochoux sur l'existence préalable du ramollissement inflammatoire n'est pas aussi solidement établie que cet auteur paraît le croire.

Il est ordinaire de ne trouver qu'un seul foyer récent, mais il n'est pas très rare d'en trouver un certain nombre offrant des degrés variables d'ancienneté. C'est ainsi que l'on voit quelquefois chez un même sujet : ici une cavité apoplectique contenant un caillot consistant, décoloré, jaunâtre ; là un foyer renfermant un caillot noirâtre, et dans un autre point une troisième caverne pleine de caillots mous et de sang liquide. Ces divers degrés peuvent être plus multipliés encore, et si l'on y joint les traces de cicatrices plus ou moins avancées dont il sera question plus loin, on peut avoir de très nombreux foyers, puisqu'on en a rencontré jusqu'à quinze ou seize.

Quelquefois on trouve plusieurs foyers qui se sont produits en même temps ou à des intervalles très peu éloignés, ce que l'on reconnaît à leur aspect récent.

Apoplexie capillaire. — Dans les cas d'apoplexie capillaire, il n'y a pas, à proprement parler, de cavité, et cependant ce n'est pas une simple injection ; seulement le sang s'est épanché par très petites parties disséminées dans l'intervalle des fibres, ce qui donne parfois au tissu cérébral l'aspect d'une fraise. D'autres fois on trouve des cubes de substance cérébrale d'un rouge uniforme, comme si du sang solidifié s'était substitué à la pulpe cérébrale. Cependant l'examen le plus attentif ne peut faire découvrir la moindre solution de continuité dans cette pulpe, qui, lorsqu'on en examine une tranche, présente des taches rouges irrégulières, et qu'on dirait appliquées avec un pinceau. Mais elles ne sont pas superficielles, car, en continuant à couper le cerveau en tranches minces, on voit qu'elles pénètrent à une profondeur ordinairement égale au diamètre de leur largeur.

Il n'est pas rare de voir le tissu cérébral ramolli autour de ces points d'apoplexie capillaire. Faut-il, en pareil cas, regarder l'infiltration sanguine comme toujours primitive ? Je ne le pense pas, quoique, d'après les recherches de MM. Durand-Fardel et Diday, il en soit ordinairement ainsi. J'ai rapporté un cas d'apoplexie capillaire avec ramollissement et méningite tuberculeuse (1), dans lequel la sucession des symptômes a prouvé que l'hémorrhagie capillaire était consécutive au ramollissement.

Quelquefois on trouve l'apoplexie capillaire dans un point très circonscrit. Chez une vieille femme, qui néanmoins présentait les symptômes les plus intenses, je ne trouvai à l'autopsie qu'un centimètre cube environ d'apoplexie capillaire à la partie externe et un peu au delà du corps strié. D'autres fois, les petits points sanguins couvrent une étendue assez considérable, surtout à la surface du cerveau.

Cicatrisation des foyers sanguins. — Lorsqu'un malade succombe très longtemps après une attaque d'apoplexie sanguine, soit qu'il ait parfaitement guéri, soit qu'il ait conservé une paralysie plus ou moins complète, il se fait dans le cerveau un travail de cicatrisation particulier, sur lequel Prost et Marandel attirèrent l'attention des médecins, que Rochoux étudia ensuite, et dont M. Riobé réussit enfin à faire comprendre l'intérêt.

A une époque qu'on ne peut parfaitement préciser, mais qu'on fixe ordinairement aux environs du vingtième jour après l'attaque, on trouve sur les parois du foyer une membrane molle se déchirant à la moindre traction, et rouge comme si elle était formée d'une portion du sang épanché solidifié. Quelques jours plus tard, cette membrane a pris un peu de consistance ; elle est jaunâtre et parsemée d'une multitude de très petits vaisseaux sanguins. La membrane a encore peu de fermeté, mais on peut la détacher sans la rompre. Peu à peu son organisation fait des progrès, puis elle se condense, devient très fine, prend une apparence séreuse et adhère à la pulpe cérébrale par un tissu cellulaire serré, de telle sorte qu'on dirait un petit ventricule anormal creusé dans la pulpe cérébrale. C'est alors que le caillot sanguin s'est décoloré, a pris de la consistance, et a diminué de volume ; aussi la membrane de nouvelle formation sécrète-t-elle une sérosité tantôt incolore, tantôt jaunâtre, qui entoure le caillot condensé.

(1) *Archives générales de médecine*, 1846.

A une époque plus avancée encore, le caillot a fini par disparaître, et alors les choses se passent de plusieurs manières différentes dans les divers cas. On trouve quelquefois une cicatrice linéaire : c'est que les parois du kyste ont fini par se rapprocher et par adhérer entièrement. Ce cas n'est pas, à beaucoup près, le plus commun. D'autres fois l'adhésion se fait par des fausses membranes celluleuses plus ou moins lâches, qui établissent entre les parois un réseau à mailles de grandeur variable, et dans lesquelles on voit de la sérosité semblable à celle qui existait dans la grande cavité. Parfois enfin on trouve un véritable kyste uniloculaire, tapissé par une membrane fine qui laisse apercevoir la couleur du tissu sous-jacent, et dans l'intérieur de laquelle il existe de la sérosité.

D'après les recherches de M. Diday, l'apoplexie capillaire elle-même peut laisser après elle de petites poches semblables, sauf le volume, aux kystes que je viens de décrire. Il faut admettre que, dans ce cas, la pulpe cérébrale a été résorbée en même temps que le sang qui s'était infiltré.

Enfin une dernière forme de cicatrice, signalée par M. Andral, est celle dans laquelle le caillot, se condensant, finit par faire corps avec la substance cérébrale, de telle sorte qu'un examen peu attentif pourrait faire croire à l'existence d'une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse.

Lorsque l'épanchement sanguin s'est produit dans un point voisin des ventricules ou de la grande cavité de l'arachnoïde, il peut rompre la paroi mince qui le sépare de ces cavités où le sang fait irruption par une ouverture de grandeur variable. Le sang épanché dans ces cavités naturelles y subit les mêmes transformations que dans la cavité accidentelle, et cette indication doit suffire. Mais ce qu'il importe de rappeler, c'est que si, chose fort rare, le malade ne succombe pas aux premiers progrès de la maladie, il se forme autour du sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde une fausse membrane (1), ce qui prouve bien qu'il n'est pas besoin pour cela d'une sécrétion opérée par les parois du foyer sanguin dans l'hémorrhagie de la pulpe du cerveau.

Telles sont les lésions qui caractérisent anatomiquement l'hémorrhagie cérébrale. Il en est d'autres qui en sont la conséquence, et qu'il suffit d'énumérer : telles sont celles qui résultent de l'inflammation des parois du foyer, et qui sont constituées par un ramollissement blanc ou jaune, envahissant une plus ou moins grande étendue de la pulpe, et présentant le plus souvent des traces de suppuration qui ne laissent aucun doute sur sa nature inflammatoire; telles sont aussi les adhérences des membranes au niveau des foyers sanguins, lorsque ceux-ci sont voisins de la superficie, tandis que ces membranes ne présentent aucune altération dans les cas où le foyer est profond.

Enfin on a trouvé chez les apoplectiques une plus ou moins grande quantité de sérosité dans les cavités de l'arachnoïde, ce qui peut bien tenir à la lenteur de l'agonie. On a noté la lividité de la face, du cuir chevelu, du cou, ce qui annonce une grande violence du *molimen hæmorrhagicum* ; on a vu même dans ces parties des ecchymoses qui ne pouvaient être attribuées qu'à la même cause. On a noté aussi la congestion des autres organes, et l'on a remarqué que la chaleur se conservait longtemps dans les cadavres des sujets qui ont succombé à cette affection.

(1) Voy. *Hémorrhagie des méninges.*

§ VII. — Siége des lésions qui caractérisent l'hémorrhagie cérébrale.

Tous les auteurs ont compris l'importance qu'offre l'étude du siége des lésions, parce qu'en en rapprochant les symptômes, on parvient à diagnostiquer non-seulement l'affection, mais encore le point de l'encéphale dans lequel elle a son siége. Rochoux, et surtout M. Andral, nous ont donné sur ce point des renseignements numériques du plus grand intérêt. Il résulte des recherches de ce dernier auteur que l'hémorrhagie se montre le plus fréquemment, et dans une proportion très grande, au niveau des corps striés et de la couche optique, et dans ces deux points à la fois (202 fois sur 286 cas), et que les autres organes viennent ainsi qu'il suit dans l'ordre de fréquence : corps striés, couches optiques, portion des hémisphères située au-dessus du centre ovale de Vieussens, lobes latéraux du cervelet, portion du cerveau située au-devant des corps striés, mésocéphale, etc. Le lecteur qui voudra avoir à ce sujet des renseignements plus précis devra recourir à la *Clinique médicale* de M. Andral.

[M. Durand-Fardel (1) a établi ce qui suit : 1° Le siége le plus habituel de l'hémorrhagie cérébrale est dans le lobe moyen des hémisphères. 2° L'hémorrhagie cérébrale a une tendance manifeste à se développer et à se diriger plutôt vers les parties centrales que vers les parties extérieures du cerveau. Sur 119 cas où l'hémorrhagie a eu son siége dans les hémisphères cérébraux, 69 fois les corps striés ou les couches optiques se sont trouvés, en tout ou en partie, atteints par l'effort hémorrhagique. Si l'on ajoute à cela 21 cas où l'hémorrhagie s'était faite dans le lobe moyen, au voisinage des parties précédentes, on verra que, dans 90 cas sur 119, c'est-à-dire dans les trois quarts des cas, l'hémorrhagie siégeait dans le lobe moyen ou la partie moyenne de l'hémisphère.]

Dans les observations recueillies jusqu'à ce jour, l'apoplexie sanguine s'est montrée, à très peu près, aussi fréquente à droite qu'à gauche, et il est assez commun de la voir exister dans les deux côtés à la fois : mais souvent alors les lésions n'ont pas la même ancienneté ; il y a eu deux attaques ou un plus grand nombre qui ont laissé successivement des traces dans les deux hémisphères. Ces résultats sont-ils définitifs ? Rochoux ne le pense pas, et il lui paraît probable que l'observation ultérieure fera pencher la balance du côté de l'hémisphère droit ; mais il ne s'appuie pour cela que sur des considérations qui pourraient bien être peu fondées.

Suivant M. Diday, l'*apoplexie capillaire* ne se montre que dans la substance grise, soit qu'elle affecte la partie superficielle du cerveau, soit qu'elle occupe les parties profondes. Cette observation est juste dans la très grande majorité des cas ; mais il est quelques faits, et tel est celui que j'ai cité plus haut, dans lesquels la substance blanche est manifestement le siége de cette espèce d'hémorrhagie. Il est vrai que chez ce sujet il y avait un ramollissement inflammatoire préalable. Faut-il qu'il en soit ainsi pour que l'hémorrhagie capillaire ait lieu dans la substance blanche, tandis qu'elle peut, comme nous l'avons vu, se produire d'emblée dans la substance grise ? C'est ce que je ne saurais décider.

Enfin nous avons vu plus haut que l'épanchement de sang peut rompre ses parois

(1) *Traité des maladies des vieillards.* Paris, 1854, in-8.

et envahir les ventricules, la grande cavité de l'arachnoïde, et même passer dans la cavité rachidienne. Voyons maintenant quelle est la liaison de ces lésions avec les symptômes précédemment décrits.

§ VIII. — Rapport des lésions, suivant leur siége, avec les principaux symptômes.

Un fait général, parfaitement établi depuis qu'on se livre à l'anatomie pathologique, c'est que la paralysie du mouvement et de la sensibilité existe dans le côté du corps opposé au foyer hémorrhagique. On a, il est vrai, cité quelques cas où les choses se seraient passées autrement; mais ces cas sont si rares que, sans même faire remarquer que quelques-uns ont été observés très superficiellement, on peut regarder cette loi comme une des plus générales en pathologie. Il est même permis de supposer que, dans quelques-uns des cas cités, il y a eu quelque circonstance inaperçue qui aurait expliqué l'anomalie apparente, si elle avait été connue. Il n'en est pas moins certain que quelquefois cette anomalie existe bien réellement, et j'ai eu l'occasion d'en voir un cas dont j'ai rapporté l'observation (1); on peut l'expliquer par l'existence d'une autre anomalie qu'on observe quelquefois dans la disposition des fibres cérébrales, qui ne s'entrecroisent pas au niveau du bulbe rachidien, comme l'a constaté M. Longet.

Nous avons vu plus haut que, d'après les cas simples, on observe le même croisement des lésions et des symptômes dans l'*hémorrhagie du cervelet et de la protubérance;* cependant les cas sont un peu plus nombreux où les hémorrhagies de ce genre ont donné lieu à des symptômes dont le siége a paru anormal; mais j'ai dit que ces affections ont besoin d'être étudiées de nouveau.

Lorsque la paralysie existe des deux côtés, on peut dire presque toujours qu'il y a un foyer apoplectique dans chacun des hémisphères cérébraux; cependant il y a des exceptions à cette règle. 1° On a vu des cas où un seul foyer apoplectique, dans un hémisphère, a produit la paralysie des deux côtés du corps; le foyer avait alors des dimensions énormes, et l'on a expliqué la paralysie générale par la compression que devait éprouver l'hémisphère sain. 2° Un foyer sanguin un peu volumineux dans le lobe médian du cervelet peut produire la paralysie générale, et il en est de même lorsque l'épanchement du sang a lieu dans le centre du mésocéphale.

Lorsque l'apoplexie capillaire produit la paralysie, celle-ci se montre du côté opposé à la lésion, comme dans les cas d'épanchement en foyer.

Connaissant le côté lésé, peut-on, d'après les symptômes, dire quelle est la portion de l'hémisphère où se trouve l'épanchement? Il résulte de l'analyse des faits à laquelle s'est livré Rochoux, et des observations de M. Andral, que la chose est impossible. On a dit que la paralysie des membres inférieurs est due à la lésion des corps striés, et celle des membres supérieurs à la lésion des couches optiques; mais quand on a voulu vérifier le fait, on a bientôt reconnu qu'il n'y a rien de fixe à cet égard.

M. Bouillaud a prétendu que l'apoplexie du lobe antérieur du cerveau donne

(1) *Séances de la Société médicale des hôpitaux*, 14 mai 1851, et *Union médicale*, 10 juin 1851.

particulièrement lieu à la perte de la parole (1). On a répondu à cette assertion par des faits qui ne permettent plus de la soutenir. Pour ma part, j'ai observé à la Salpêtrière une vieille femme qui, après une attaque d'apoplexie, était restée plusieurs années paralysée, et n'avait pas pu prononcer un seul mot, bien que son intelligence fût revenue et que sa langue ne fût pas paralysée; or nous ne trouvâmes, pour expliquer ces symptômes, qu'un ancien kyste apoplectique un peu en arrière de l'extrémité postérieure de la corne d'Ammon. La malade avait succombé à un ramollissement cérébral dont le début ne remontait qu'à très peu de temps avant la mort.

Il serait inutile de pousser plus loin ces considérations, quelque intérêt qu'elles présentent, et c'est pourquoi je me borne à rappeler que les convulsions, la roideur tétanique, la contracture, appartiennent presque exclusivement à l'irruption du sang dans les cavités arachnoïdiennes. Nous avons vu, en parlant des symptômes de l'apoplexie de la protubérance, que cette règle n'est néanmoins pas sans exception.

§ IX. — Diagnostic, pronostic.

Avant la publication des recherches de M. Durand-Fardel, on considérait le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale comme bien plus facile qu'il ne l'est réellement. On avait trouvé, il est vrai, un certain nombre de cas de *ramollissement cérébral*, affection dont le diagnostic différentiel avec l'affection qui nous occupe est sans contredit le plus important, qui avaient simulé l'apoplexie sanguine au point qu'on devait presque nécessairement s'y méprendre ; mais on n'avait pas reconnu formellement, comme l'a fait cet auteur, l'existence d'un nombre considérable de cas dans lesquels il est impossible de ne pas commettre cette erreur. Tous les jours néanmoins on a l'occasion de reconnaître l'exactitude de la manière de voir de M. Durand-Fardel, bien qu'il y ait quelques circonstances qui peuvent servir au diagnostic, et sur lesquelles cet auteur ne me paraît pas avoir suffisamment insisté ; aussi ne trouvera-t-on pas étonnant qu'une bonne partie de ce paragraphe soit consacrée au diagnostic du ramollissement et de l'hémorrhagie cérébrale. Mais auparavant je dois dire un mot de la *congestion*.

Nous avons vu plus haut que la *congestion cérébrale* se présente sous deux formes différentes : celle qui se produit lentement, et celle qui se manifeste brusquement. Cette dernière seule peut être confondue avec l'apoplexie sanguine. Si une perte subite de connaissance est, peu de moments après, suivie du retour complet de l'intelligence, et s'il n'y a du côté des membres qu'un peu de faiblesse ou de brisement, sans paralysie, le diagnostic n'est pas difficile, ou du moins l'erreur ne dure-t-elle qu'un moment. Fût-on auprès du malade pendant la perte de connaissance, ce qui est bien rare, l'incertitude ne pourrait pas se prolonger, parce que, dans cette congestion générale du cerveau, les symptômes sont beaucoup moins graves que dans la seule apoplexie sanguine qui pourrait la simuler, c'est-à-dire l'apoplexie avec résolution générale des membres, qui est toujours une apoplexie foudroyante. Dans ce dernier cas, la sterteur, les déjections involontaires, la paralysie générale et persistante, viennent éclairer le médecin, et dans tous les cas, je le répète, la

(1) *Archives de médecine*, 1825, t. VIII, p. 25. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1839 et 1848, t. IV, p. 328 ; t. XIII, p. 699, 778.

persistance de ces symptômes, malgré l'emploi des principaux moyens de traitement, vient bientôt fixer le diagnostic.

Mais il n'en est pas de même de la *congestion cérébrale brusque* avec *hémiplégie* durant un certain temps. En pareil cas, il faut en convenir, tout diagnostic différentiel est impossible dans les premières heures qui suivent l'accident, et la rapidité avec laquelle ceux-ci se dissipent dans la congestion est le seul signe qui puisse la faire distinguer.

Avant d'aborder le diagnostic différentiel du *ramollissement* et de l'hémorrhagie cérébrale, il faut également distinguer les diverses formes de la première de ces deux affections. M. Durand-Fardel a fait très bien voir, en effet, que les choses sont toutes différentes lorsqu'il s'agit d'un ramollissement aigu, ou lorsqu'on a affaire à un ramollissement à marche chronique. Ce dernier ne saurait être confondu avec l'hémorrhagie, tandis que nous allons voir combien il est difficile d'éviter cette confusion lorsqu'il s'agit du second. Et c'est précisément pour n'avoir pas établi cette distinction que les auteurs ont généralement donné, comme des signes différentiels très exacts, des phénomènes qui sont presque aussi fréquents dans une de ces deux affections que dans l'autre. Ce n'est pas toutefois que la marche aiguë du ramollissement, dans plusieurs cas, eût passé inaperçue ; mais, quand on arrivait au diagnostic, on faisait abstraction de ces cas, ou on ne leur empruntait que quelques signes particuliers, et l'on ne tenait véritablement compte que du ramollissement survenu lentement ou ayant pris une acuité plus ou moins grande après des symptômes variables. Pour nous, nous devons imiter M. Durand-Fardel, et n'avoir égard ici qu'au ramollissement aigu, ou plutôt au ramollissement dans lequel il y a une *attaque d'apoplexie*, et l'on sait que nous désignons sous ce nom générique toutes les affections cérébrales dans lesquelles il y a perte subite de connaissance avec paralysie ou contracture : bien entendu que nous laissons de côté les simples névroses, dont le siége n'est pas suffisamment connu. Par cette considération, nous faisons déjà abstraction d'une forme de ramollissement aigu à laquelle M. Durand-Fardel donne le nom d'*ataxique*, et qui est caractérisée par le délire avec ou sans contracture, paralysie, convulsions. Quelque rapidement que marche le ramollissement en pareil cas, il se distingue de l'hémorrhagie cérébrale par cette circonstance capitale, qu'il n'y a pas perte subite de connaissance, et que la paralysie manque, ou du moins n'est pas survenue brusquement.

Restent donc les cas où un sujet est frappé tout à coup de paralysie avec ou sans perte de connaissance. Est-il possible de reconnaître positivement, à certains signes, si cette *apoplexie* est due à un ramollissement du cerveau ou à une hémorrhagie ? Tel est le problème à résoudre.

On a d'abord dit que, dans le ramollissement, on observe des prodromes (céphalalgie, étourdissements, fourmillements des membres, etc.) qu'on ne remarque pas dans l'hémorrhagie ; mais nous avons vu plus haut que ces phénomènes se montrent quelquefois dans l'apoplexie sanguine ; et non-seulement M. Durand-Fardel, mais encore les autres auteurs, ont cité plusieurs cas dans lesquels le ramollissement s'est produit sans symptômes précurseurs. Ce n'est donc pas là un moyen de diagnostic certain. Cependant il reste à exécuter un travail qu'on n'a pas fait d'une manière satisfaisante : c'est de rechercher, sur une masse considérable de faits, quelle est la proportion des cas dans lesquels se montrent ces prodromes dans

t l'autre de ces deux affections. Par ce moyen, on obtiendra, si la différence s considérable, une probabilité assez grande en faveur de l'existence d'une ux maladies, ce qui n'est pas à dédaigner. Quant à moi, d'après les faits que consulter, je pense que les prodromes sont plus fréquents dans le ramollisse- et que, par conséquent, lorsqu'ils existent, on doit d'abord penser à l'exis- le cette affection, puis chercher la confirmation du diagnostic dans les autres

autre circonstance sur laquelle M. Durand-Fardel, pas plus que les autres s, n'a pas suffisamment fixé son attention, c'est l'état de santé antérieur du , eu égard aux autres organes et aux autres fonctions. M. Louis a remarqué, uis que mon attention a été fixée sur ce fait, j'ai pu vérifier maintes fois tude de cette remarque, que presque tous les cas où il survient un ramol- nt avec symptômes subits s'observent chez des sujets atteints d'une affec- un autre organe, et souvent d'affections chroniques. C'est ce que l'on voit hez les femmes en couches un temps plus ou moins long après l'accouche- omme j'ai eu occasion d'en rencontrer récemment un exemple remarquable. néanmoins que M. Durand-Fardel a cité plusieurs cas dans lesquels il dit ement que les sujets ont été frappés d'apoplexie sans avoir présenté aucun ôme antérieur ; aussi n'ai-je pas voulu donner cette circonstance comme it servir de base à un diagnostic absolu : je la signale seulement comme ser- restreindre le nombre des cas dans lesquels le diagnostic devient impossi- qui a bien son importance. Je dois dire aussi qu'il ne me paraît pas com- ent démontré que, dans plusieurs de ces cas rapportés par les auteurs comme issement subit, les renseignements aient été transmis avec assez de précision u'on ait pu en conclure rigoureusement que la santé était parfaite au moment aque.

aintenant nous examinons comparativement les symptômes des deux mala- ous y trouvons quelques autres particularités qui méritent d'être examinées. rait pas complétement exact de dire, avec M. Rostan (1), que le ramollisse- e distingue de l'hémorrhagie cérébrale en ce que, dans le premier, les sym- vont toujours croissant, tandis que, dans la seconde, ils sont à leur plus haut l'intensité au début, et vont ensuite en diminuant. Cela n'est vrai que pour ostic de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement à marche progressive, oncerne nullement les cas dont nous nous occupons ici, et dans lesquels il y ne je l'ai dit plus haut, une véritable attaque d'apoplexie ; mais y a-t-il, dans nce de quelques-uns de ces symptômes ou dans la manière dont ils sont s, quelques signes auxquels on puisse reconnaître positivement la lésion qui luit ? Telle est la question à résoudre.

i remarqué que, dans l'*attaque de ramollissement* (c'est une expression qui ît très convenable pour exprimer l'invasion subite que j'ai maintes fois si-

M. Durand-Fardel, que « la conservation de l'intelligence au moment de l'attaque exclut toute idée de congestion ou d'hémorrhagie » ; mais ce dernier fait n'est pas exact. J'ai mentionné, dans le courant de cet article, des cas dans lesquels l'autopsie n'a pas laissé de doute sur l'existence d'une hémorrhagie cérébrale, bien que l'attaque ait eu lieu sans perte de l'intelligence. Toutefois il faut dire que cette conservation de l'intelligence est bien plus rare dans l'apoplexie sanguine que dans l'attaque de ramollissement, et c'est un fait que nous ne devons pas négliger, car il ajoute aux présomptions que l'on peut avoir sur l'existence de l'une ou de l'autre des deux maladies, et restreint d'autant le nombre des cas où le diagnostic devient impossible.

Dans quelques cas de ramollissement, la paralysie n'est pas continue, c'est-à-dire qu'à certains moments le malade peut exécuter des mouvements qu'il n'exécutait pas auparavant, et qu'il retombe ensuite dans sa paralysie. Or, c'est ce qui n'arrive pas dans l'hémorrhagie cérébrale. Ce sont donc encore là des cas diagnosticables.

Il faut encore tenir compte de l'état de la sensibilité. Suivant Récamier, la conservation de la sensibilité avec perte du mouvement appartient plutôt au ramollissement qu'à l'hémorrhagie; mais M. Durand-Fardel, examinant sous ce point de vue les observations, a trouvé d'abord que la conservation de la sensibilité ne se montre que dans la minorité des cas de ramollissement, et ensuite que, dans l'hémorrhagie cérébrale, cette conservation de la sensibilité est au moins aussi fréquente. Il est à désirer que ces recherches soient faites sur une grande échelle; car le nombre de faits que M. Durand-Fardel a pu examiner n'est pas très considérable. En attendant, on ne peut, dans l'état actuel de la science, tirer aucune lumière de la conservation de la sensibilité pour le diagnostic différentiel de ces deux affections. Il n'en est pas de même de l'exaltation de la sensibilité; elle appartient exclusivement au ramollissement, comme le reconnaissent tous les auteurs. C'est donc un signe important qu'il ne faut pas négliger.

On ne saurait davantage juger de la nature de la lésion d'après l'existence ou la non-existence de la contracture, puisque, ainsi que nous l'avons vu plus haut, ce symptôme n'est pas très rare dans l'hémorrhagie cérébrale, et se montre dès que le sang fait irruption dans une cavité tapissée par l'arachnoïde. Cependant on peut encore, en procédant indirectement, tirer parti de ce phénomène. Pour que la contracture existe dans l'hémorrhagie cérébrale, il faut de grands désordres; donc avec ce symptôme il doit en exister d'autres extrêmement intenses, qui, ainsi que le fait très bien observer M. Durand-Fardel, feront reconnaître une hémorrhagie plutôt qu'un ramollissement. Cet auteur a, en effet, remarqué que les ramollissements très considérables produisent la résolution des membres, et non la contracture.

On le voit donc, en procédant comme nous venons de le faire, nous sommes parvenu à réduire à un petit nombre les cas dans lesquels le diagnostic est impossible; mais ces faits n'en existent pas moins, et c'est ce que ne doit pas ignorer le médecin; car le pronostic du ramollissement étant en général plus grave que celui de l'apoplexie sanguine, il devra toujours faire ses réserves, dans la prévision d'une erreur de diagnostic que personne ne peut éviter. Espérons toutefois que l'observation attentive restreindra encore davantage ces cas impossibles à distinguer.

Les autres diagnostics différentiels offrent en général moins de difficultés; et, comme ils seront presque tous étudiés avec soin dans le cours de ce chapitre et à propos des autres affections cérébrales, je me contenterai de les indiquer rapidement ici.

Nous avons vu combien l'*hydrocéphale aiguë* proprement dite, et sans tuberculisation des méninges, est une maladie rare; de plus, on n'a vraiment à craindre une erreur de diagnostic que dans les cas où il existe des accidents très promptement funestes, auxquels on a donné le nom d'*apoplexie séreuse*, ce qui rend les cas difficiles bien plus rares encore. La question n'a pas été suffisamment étudiée sous ce point de vue. Tout ce qu'il est permis de dire d'après les faits connus, c'est que si l'on n'avait égard qu'aux symptômes, on serait dans un grand embarras. Il faut principalement avoir égard à l'état de santé dans lequel se trouvait le malade. L'apoplexie séreuse ne se montre guère que chez des sujets affectés d'anasarque ou d'ascite; cette circonstance servira seule à éclairer le diagnostic.

Quant aux cas dans lesquels la perte subite de connaissance et la paralysie se montrent sans laisser la moindre trace dans le cerveau, et dont je dirai un mot plus loin sous le titre d'*apoplexie nerveuse*, il faut convenir que le diagnostic en est impossible.

On a établi un diagnostic différentiel entre l'hémorrhagie cérébrale et l'*inflammation des sinus*, et ce diagnostic est principalement fondé sur la marche croissante de la maladie et sur la douleur (céphalalgie) qui existe dans cette dernière affection. Je ne crois pas qu'il y ait là matière à erreur. J'en dirai autant de la *méningite*. Quant à la *rupture des sinus*, elle détermine une hémorrhagie méningée, et c'est entre cette hémorrhagie et l'hémorrhagie cérébrale que le diagnostic doit être porté.

On a encore établi un diagnostic entre l'hémorrhagie cérébrale et la *méningite*, les *affections chroniques de l'encéphale* (tubercules, cancer, acéphalocystes, etc.), l'*épilepsie*, l'*ivresse*, la *syncope*, l'*asphyxie*. Ces diagnostics différentiels, je crois devoir les passer sous silence, parce qu'il me paraît beaucoup plus nuisible qu'utile de prévoir ainsi des difficultés qui ne se présentent réellement pas, ou qui sont évitées très aisément. Le diagnostic des affections cérébrales est assez obscur, sans qu'on se préoccupe encore de distinctions aussi nombreuses et aussi peu importantes. Ce que le médecin doit surtout avoir présent à l'esprit, c'est que, lorsqu'on arrive auprès d'un malade qui a eu une attaque d'apoplexie, il faut d'abord rechercher s'il s'agit d'un ramollissement, d'une congestion, d'une hémorrhagie cérébrale ou d'une hémorrhagie méningée; cette étude une fois faite, le reste n'offre plus de difficulté réelle. Je suis convaincu que le lecteur comprendra parfaitement le motif qui me fait agir ainsi, et même passer complétement sous silence quelques autres affections, comme la *catalepsie*, et la *rupture du cœur et des gros vaisseaux* qui détermine la mort subite.

Je ne crois pas non plus qu'il soit nécessaire de donner un tableau synoptique de ce diagnostic; on ne peut pas, en effet, établir une opposition suffisante entre les diverses affections. Dans tous les cas, ce qu'on doit faire, c'est de méditer les faits et de chercher à saisir les nuances, afin de rendre le plus faibles possible les causes d'erreurs que j'ai signalées.

Pronostic. — Le pronostic, considéré d'une manière générale, est évidem-

ment grave. Quelque légère que soit la maladie, elle laisse, en effet, des traces qui sont lentes à disparaître; il n'est pas rare que l'intelligence en soit affectée pour toujours, et, de plus, ainsi que nous l'avons vu plus haut, les récidives sont toujours à craindre.

Mais la gravité du pronostic est infiniment plus grande dans certains cas que dans d'autres, et voici les bases sur lesquelles il s'appuie généralement. L'apoplexie avec paralysie générale est on ne peut plus grave; on a vu quelquefois, il est vrai, la paralysie se borner ensuite à un seul côté, et la maladie marcher comme une hémorrhagie cérébrale de moyenne intensité; mais ce cas est rare : presque toujours, en pareille circonstance, la mort arrive avant que le malade ait recouvré sa connaissance.

En général, plus la perte de connaissance dure longtemps, plus l'hémorrhagie cérébrale est grave, et les cas les plus légers sont ceux dans lesquels il n'y a pas eu perte de connaissance.

Les convulsions, la contracture, la roideur, sont des symptômes d'un pronostic fâcheux; lorsqu'ils existent, en effet, on peut admettre l'existence d'une rupture de la substance cérébrale et le passage du sang dans une cavité de l'arachnoïde si l'attaque d'apoplexie est assez récente, ou bien un ramollissement consécutif si la maladie date d'un certain temps. Or on connaît toute la gravité de ces lésions.

La sterteur est regardée aussi comme un signe de mauvais augure. Est-ce parce qu'en pareil cas les muscles inspirateurs sont paralysés que ce symptôme est grave? C'est ce qu'il n'est pas possible de décider. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il se manifeste dans les hémorrhagies cérébrales violentes.

On peut en dire autant de la difficulté de la déglutition et de la paralysie des sphincters. C'est dans les cas très graves que ces phénomènes se montrent ordinairement.

Lorsqu'après une amélioration passagère on voit survenir de la fièvre, de la céphalalgie, du délire, le coma, on doit porter un pronostic très fâcheux, car ces signes sont ceux du ramollissement consécutif qui emporte si souvent les malades.

Si des symptômes d'apoplexie d'abord légers vont continuellement en s'aggravant, sans amélioration marquée, on doit craindre la continuation de l'hémorrhagie, et par conséquent porter un pronostic très fâcheux, parce que la déchirure du cerveau va sans cesse en augmentant.

On trouve aussi dans l'état du pouls quelques signes pronostiques auxquels plusieurs auteurs ont attaché une assez grande importance. Si le pouls est fort, plein, résistant, on doit, suivant eux, redouter soit la continuation de l'hémorrhagie, soit une nouvelle irruption de sang dans le foyer, un temps plus ou moins long après la première; si au contraire le pouls est faible, petit, misérable, on doit craindre que le malade ne se relève pas, même momentanément, et que la mort ne survienne promptement. Cette dernière proposition est exacte, à quelque époque de son cours que l'on considère la maladie; quant à la première, bien qu'on ait cité des cas dans lesquels les choses se sont passées comme nous venons de le dire, il faut convenir que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point.

§ X. — Traitement.

Les anciens ont proposé contre l'apoplexie beaucoup de traitements qu'on ne saurait accepter aujourd'hui, et dont Rochoux a fait une très bonne critique. Leur exemple a été suivi jusqu'à ce que des idées plus exactes sur la nature de la maladie soient venues démontrer que ces médications étaient fondées sur des croyances qui ne pouvaient pas être défendues, et souvent sur des hypothèses ridicules. Faire l'historique de ces aberrations de la théorie n'aurait aucune utilité. Disons seulement que par les excitants, les sternutatoires, les irritants de la bouche, on cherchait à ranimer les esprits animaux qu'on supposait frappés d'atonie, que par les sudorifiques on cherchait à débarrasser l'économie d'une matière morbifique supposée; que par les fondants, les désobstruants, on voulait enlever l'obstacle qui s'opposait au cours du fluide nerveux; que par les vomitifs on voulait évacuer la pituite, etc. Et je ne parle pas des remèdes empiriques, dans le mauvais sens du mot, ni des eaux antiapoplectiques, ni de plusieurs autres remèdes qui ne soutiennent pas le plus léger examen. Je crois donc ne devoir présenter du traitement de l'apoplexie que ce qui a été recommandé depuis que la maladie est suffisamment connue.

Pour exposer ce traitement dans un ordre méthodique, il faut le diviser en traitement de l'attaque, traitement des symptômes consécutifs, traitement des résultats de l'attaque, et traitement prophylactique.

1° *Traitement de l'attaque.* — Lorsqu'on est appelé auprès d'un sujet qui vient d'éprouver une attaque d'apoplexie sanguine, on doit, d'une part, mettre en œuvre les moyens dont l'énergie soit en rapport avec la violence des symptômes, et de l'autre, soustraire le malade à des influences qui pourraient ajouter à la gravité de son état.

Émissions sanguines. — Les émissions sanguines ont été employées dès la plus haute antiquité. Cælius Aurelianus et Arétée les recommandent expressément. Aujourd'hui elles sont regardées comme le moyen par excellence; et bien qu'aucun travail n'ait été fait sur leur influence, on ne saurait hésiter à les mettre en œuvre, tant l'accord est général sur ce point. C'est la *saignée générale* qui est principalement employée. Ce que l'on cherche surtout, c'est de produire promptement une déplétion sanguine, et pour cela on ouvre largement et à plusieurs reprises, en peu de temps, les veines du bras. Chez les sujets forts, la première saignée peut être de 500 grammes et quelquefois plus, et les suivantes sont proportionnées aux forces du malade. C'est au médecin à apprécier la quantité du sang qu'il doit tirer suivant la constitution et l'état antérieur de la santé.

Plusieurs auteurs, et en particulier M. Chauffard père, conseillent de pratiquer de préférence la *saignée du pied*, afin d'opérer une dérivation. Les faits ne prouvent pas péremptoirement que cette méthode soit préférable à celle que nous venons d'indiquer; et si à l'aide de la saignée du pied on ne parvenait pas à tirer une suffisante quantité de sang, il ne faudrait pas insister, et l'on devrait recourir à la saignée du bras : tel est l'avis général.

D'autres, au contraire (1), veulent qu'on tire du sang le plus près possible du

(1) Valsalva, Heister, etc.

mal, afin de dégorger immédiatement le cerveau, et pour cela ils proposent la *saignée de la jugulaire;* mais rien ne prouve qu'ils réussissent mieux, et ce qu'il faut reconnaître, c'est que l'essentiel est de tirer une assez forte quantité de sang par quelque voie que ce soit. C'est pourquoi, dans quelques cas où les veines ne pouvaient pas donner suffisamment de sang, on a pratiqué la *saignée de l'artère radiale*, comme l'a fait le docteur Stedmann (1), chez un sujet dont la maladie s'est promptement terminée par la guérison. C'est aussi dans des cas semblables qu'on a recours à la *saignée de l'artère temporale.*

Charles Bell (2), se fondant sur des expériences hydrauliques que je ne peux pas rapporter ici, prétend que, dans les cas où il existe une extravasation sanguine et où l'on craint que le caillot n'augmente, il faut ouvrir l'artère temporale, tandis qu'on doit pratiquer la phlébotomie s'il y a obstacle au cours du sang veineux. Une expérimentation clinique bien suivie pourrait seule nous faire connaître ce qu'il y a de vrai dans ces assertions.

Les mêmes considérations se présentent quand il s'agit de l'emploi des *sangsues* et des *ventouses scarifiées;* mais, de plus, il faut rechercher si le sujet affecté avait un flux sanguin qui se serait supprimé : ainsi des *hémorrhoïdes*, les *règles*, des *épistaxis*. En pareil cas, il est recommandé de recourir, après la saignée générale, à la saignée locale vers le point où existait le flux. Dans les cas d'hémorrhoïdes, on applique des sangsues à l'anus ou aux cuisses. Dans ceux de règles supprimées, on les met dans ces derniers points ou aux parties génitales; dans ceux d'épistaxis habituelles qui auraient plus ou moins complétement cessé, on place les sangsues vers la pituitaire. C'est encore là un des cas où l'instrument de M. Cruveilhier (*phlébotome de la pituitaire*), qui ressemble au lithotome caché, peut être employé avec succès. Mais je n'insiste pas davantage sur ces moyens connus de tout le monde.

Se fondant sur l'observation de trois cas dans lesquels les émissions sanguines parurent augmenter les accidents, M. Aussaguel (3) admet qu'il existe, pour la production de l'hémorrhagie cérébrale, deux puissances : d'un côté la masse sanguine, de l'autre la force avec laquelle elle se meut, et que la diminution de l'une correspond à l'accroissement de l'autre ; aussi conseille-t-il l'application du froid sur la tête et les révulsifs aux extrémités avant la saignée. Des observations beaucoup plus multipliées seraient nécessaires pour appuyer ces idées théoriques.

Application du froid. — En même temps qu'on pratique les saignées, on met en usage les applications froides sur la tête, telles que les compresses trempées dans l'eau de puits ou dans l'eau glacée, la glace dans une vessie, et même l'irrigation continue. Ces moyens méritent d'être mis en usage au même titre que dans les autres hémorrhagies où on les applique dans le lieu le plus voisin du siége du mal ; mais il faut que les applications soient fréquemment renouvelées, et que l'emploi de la glace et des irrigations ne soit pas suspendu avant que les principaux symptômes soient dissipés, de crainte que la réaction qui surviendrait dans les intervalles n'en détruisît tous les bons effets.

(1) Voy. *The philos. Journal*, etc., 1827.

(2) *Mémoires de chirurgie et de physiol. prat.*, trad. par Saurel. Montpellier, 1843, in-8.

(3) Thèse inaugurale : *La saignée est quelquefois dangereuse dans l'apoplexie.* Paris. — *Revue médico-chirurgicale de Paris*, et *Union médicale*, 5 février 1853.

Topiques irritants. — On ne saurait plus recommander aujourd'hui le cautère actuel ou le cautère potentiel vers la tête, proposés par les auteurs des siècles derniers. Ce sont là des remèdes que des idées théoriques erronées ont pu seules faire conseiller; mais il est très fréquent encore de voir des *vésicatoires* ou des *sinapismes* être appliqués vers le siége du mal, ou, bien plus souvent, dans un point éloigné. Les uns, en effet, veulent qu'on applique des vésicatoires à la nuque, ou sur la tête préalablement rasée, et les autres qu'on place ces topiques à la partie interne des cuisses, sur les mollets, aux pieds. C'est cette dernière pratique qui est généralement suivie; mais quel est son degré d'efficacité ? Il est bien difficile de le dire d'après les faits, et l'on est porté à se ranger à l'opinion de Rochoux, qui s'exprime ainsi à ce sujet : « Peut-être, dit-il, serait-il plus convenable de tenir le malade à un régime délayant, antiphlogistique, que de le couvrir de vésicatoires, de sinapismes et autres prétendus révulsifs, que certains médecins emploient avec une fermeté de croyance vraiment admirable (1). »

Ammoniaque.—Je dois mentionner ici un moyen qui a d'abord été conseillé par le docteur Sage, et qui a été mis en usage par M. Gavarret (d'Astafort). Ce dernier médecin (2) cite deux faits, dont un très grave, qu'il a traités ainsi qu'il suit :

« 1° Au moment de l'attaque, faites prendre au malade :

Ammoniaque............. 25 gouttes	Eau commune........... 1/2 verre.

« 2° Peu de temps après on renouvelle cette dose; puis, lorsque le malade a recouvré sa connaissance, on lui fait prendre :

Ammoniaque............. 5 gouttes	Eau commune........... 1/2 verre.

Toutes les heures. »

Il faut ajouter que M. Gavarret emploie en même temps les évacuations sanguines abondantes, et l'on doit reconnaître que les faits qu'il cite sont insuffisants.

Vomitifs. — Les vomitifs ont été, jusqu'à ces dernières années, d'un usage général, et il n'y a pas encore bien longtemps que Lullier-Winslow (3) recommandait d'employer l'*émétique* à forte dose; que Geoffroy voulait que l'on commençât par vider l'estomac à l'aide d'un vomitif léger, et que Laennec (4) a rapporté onze cas traités par l'émétique à haute dose, et dont six se sont terminés par une guérison complète.

Pour apprécier ce moyen, il faut rechercher non-seulement son efficacité, mais encore les dangers qu'il peut présenter. Relativement à la première question, les faits cités par Laennec sont ceux que nous pouvons consulter avec le plus de fruit. Or il est à remarquer : 1° que les cas de guérison étaient des apoplexies sanguines légères, bien qu'il y eût hémiplégie complète; et qu'il n'est pas bien surprenant qu'ils aient guéri; 2° que des saignées abondantes ont été pratiquées concurrem-

(1) *Loc. cit.*, p. 228.

(2) *Emploi de l'ammoniaque dans l'apoplexie sanguine* (*Journal des connaiss. méd.-chir.*, novembre 1831).

(3) *Dictionnaire des sciences médicales*, 1812.

(4) *Bibliothèque de thérapeutique.* Paris, 1828, t. I, p. 299.

ment avec l'administration du tartre stibié, ce qui ôte nécessairement beaucoup de leur valeur aux faits, sous le rapport du traitement par l'émétique à haute dose. Il faudrait par conséquent des preuves plus convaincantes pour engager le médecin à suivre cette pratique.

D'un autre côté, on a reproché aux vomitifs de pouvoir, par les efforts qu'ils occasionnent, augmenter le raptus du sang vers le cerveau, et rendre, par suite, l'hémorrhagie plus abondante. Rien dans les faits cités ne démontre, il faut en convenir, que ce fâcheux effet ait été produit par le tartre stibié. Dans les cas cités par Laennec en particulier, il n'est rien dit qui porte à croire que le molimen hémorrhagique ait augmenté. C'est donc d'après des idées théoriques qu'on a porté cette accusation contre les vomitifs. Toutefois, comme, ainsi que nous venons de le voir, il n'est nullement prouvé que ces médicaments aient une efficacité réelle, il suffit qu'on puisse, d'après une idée quelconque, craindre leurs mauvais effets, pour que la prudence engage à s'en abstenir, à moins d'indications toutes particulières qu'il me serait impossible de signaler.

Purgatifs. — On n'a pas reproché aux purgatifs les mêmes inconvénients; aussi sont-ils d'un usage général. Ce n'est pas qu'on veuille aujourd'hui, à l'exemple de quelques médecins des temps passés, évacuer par ces moyens des humeurs morbifiques; on a pour but principal d'établir une irritation dérivative sur le tube digestif, ou tout simplement de tenir le ventre libre. Sous ce dernier rapport, on ne peut que recommander les purgatifs légers (en général purgatifs salins), qui sont mis généralement en usage. Les *lavements purgatifs* sont aussi d'un usage très fréquent pour remplir cette indication. Quant à l'effet dérivatif, il est bien loin d'être démontré qu'il ait quelque importance.

Émèto-cathartiques. — Le docteur Most conseille la potion suivante, après l'emploi des évacuations sanguines :

℞ Fruits de tamarin........................ 90 gram.

Faites une décoction dans :

Eau de fontaine...... Q. s. pour qu'il reste 240 grammes de liquide.

Ajoutez à la colature :

Nitrate de potasse.........	8 gram.	Tartre stibié.............	0,80 gram.
Sulfate de soude...........	30 gram.		

Dose : toutes les demi-heures, une cuillerée à bouche.

On peut faire, relativement aux émèto-cathartiques, les mêmes réflexions que j'ai présentées à propos des vomitifs.

Pour terminer ce que j'ai à dire sur le traitement de l'attaque, je n'ai qu'à indiquer les *précautions générales* qu'il convient de prendre chez les sujets qui viennent d'être atteints d'hémorrhagie cérébrale.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES ATTAQUES D'APOPLEXIE SANGUINE.

Dépouiller le malade de tous les vêtements qui peuvent comprimer les diverses parties du corps, et principalement le cou.

Le placer sur un lit dont les oreillers soient fermes et frais, et de manière qu'il ait la tête beaucoup plus haute que le reste du corps.

Entretenir une température peu élevée dans sa chambre.

Lui tenir la tête découverte, et réchauffer les extrémités.

Éloigner toute cause d'excitation; recommander le silence autour de lui; lui épargner, autant que possible, les plus légers mouvements.

Régime sévère; diète.

2° *Traitement des symptômes consécutifs à l'attaque.* — Lorsque les phénomènes que l'on peut regarder comme appartenant à l'attaque proprement dite ont été modérés ou dissipés, il reste encore des symptômes qui offrent une certaine acuité, et qui demandent des soins actifs. Alors, ou bien l'amélioration se fait sentir de plus en plus, ou bien l'apoplexie fait sans cesse des progrès, ou bien enfin, après une amélioration passagère, il survient de la céphalalgie, de la contracture, des convulsions avec une fièvre plus ou moins violente, signes qui annoncent un ramollissement consécutif, Le médecin doit avoir égard à ces différents cas, quand il s'agit de diriger le traitement.

Si, après les premiers symptômes, on observe une amélioration qui va sans cesse croissant, et que rien ne vient entraver, il suffit de tenir le malade à un *régime sévère*, de lui épargner toutes les excitations et tous les mouvements inutiles, d'insister, en un mot, sur les précautions générales qui ont été exposées plus haut.

Si, malgré tous les moyens employés, l'état du malade va toujours en s'aggravant, il faut insister sur les moyens qui ont été dirigés contre l'attaque, et alors, après les saignées, la médication dont on fait le plus grand usage est celle qui consiste à opérer une dérivation sur le tube digestif à l'aide de *purgatifs assez énergiques*, et à activer la circulation des extrémités par les topiques irritants. Toutefois, relativement à ces derniers moyens, nous devons dire qu'il ne faut pas perdre de vue les remarques qui ont été faites dans le cours de cet article.

C'est dans les cas de ce genre qu'on emploie principalement différents moyens auxquels on accorde une vertu presque spécifique : ainsi le *phosphore*, la *gratiole*, la *poudre de James*, la *poudre de Dower*, etc. Mais pour reconnaître l'efficacité de ces médicaments, il faudrait des faits que nous ne possédons pas.

Dans les cas où, après une amélioration de plus ou moins longue durée, on voit apparaître les symptômes précédemment indiqués, et qui annoncent un ramollissement consécutif, il faut mettre en usage un traitement qui offre quelques particularités, mais sur lequel je n'insisterai pas beaucoup ici, parce qu'il ne diffère pas sensiblement de celui qu'on oppose au *ramollissement aigu primitif*, dont j'aurai à exposer plus tard tous les détails.

Je dirai donc seulement qu'on a de nouveau recours aux émissions sanguines plus ou moins abondantes et plus ou moins répétées; puis on prescrit le *calomel* à l'intérieur, les *frictions mercurielles* sur les côtés du cou, et l'on insiste sur les purgatifs. Cette indication générale me paraît suffisante.

3° *Traitement des résultats de l'hémorrhagie cérébrale.* — Lorsque le malade a échappé aux symptômes de l'attaque, lorsque l'amélioration a marché sans encombre et que l'intelligence est revenue, il reste pendant un temps plus ou moins long des traces de la maladie, et parfois ces traces sont ineffaçables : ce sont des

symptômes chroniques qui demandent un traitement particulier. Le principal de ces symptômes est la paralysie, et c'est par là que nous devons commencer.

Traitement de la paralysie. — Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long, et lorsque l'on voit, malgré une amélioration complète sous tous les autres rapports, persister encore une paralysie considérable, qu'on doit regarder celle-ci comme un phénomène à part, et qu'il faut la traiter d'une manière toute spéciale. Les moyens proposés pour remplir cette indication sont généraux ou locaux.

Les *moyens généraux* employés contre la paralysie persistante sont presque tous pris parmi les *stimulants :* ainsi on administre l'eau de *mélisse*, de *menthe*, de *lavande*, les *potions éthérées*, l'*esprit de Mindererus*, la *teinture de cannelle*, etc. Il serait inutile de multiplier ces citations, parce que nous n'avons pas, pour la plupart de ces moyens, la sanction de l'expérience. Je ferai seulement une exception pour l'emploi de l'*arnica*, que quelques auteurs ont donnée comme possédant une action très grande et presque spécifique. On l'administre ainsi qu'il suit :

Fleurs d'arnica..... de 4 à 16 gram.	Eau bouillante........... 1 kilogr.

A prendre par verrées.

L'infusion de la racine de cette plante est encore mise en usage comme il suit :

℞ Racine d'arnica........... 8 gram.	Eau bouillante...... ...... 1 kilogr.

Faites infuser. A prendre par tasses.

On chercherait en vain dans les auteurs des preuves convaincantes que cette infusion a une vertu plus grande que celles dont nous venons de donner la liste.

Lorsque les malades sont profondément débilités, pâles, anémiques, on conseille de leur administrer les *amers* (l'infusion de *fumeterre*, de *petite centaurée*, etc.); les *toniques*, et en particulier le *quinquina;* les *ferrugineux*. Comme pour les médicaments précédents, nous n'avons pas de renseignements positifs sur l'action de ces moyens, que l'état de faiblesse et d'anémie engage néanmoins à employer.

Les *eaux minérales* sont également d'un usage général, mais sans qu'un nombre suffisant de faits nous fasse connaître rigoureusement leur degré d'utilité; car, ainsi qu'on le voit, c'est encore un travail à faire que celui qui consiste à apprécier à sa juste valeur le traitement de l'hémorrhagie cérébrale. Parmi les eaux minérales, celles qu'on recommande particulièrement sont les *eaux ferrugineuses*, ce qui rentre dans un des traitements dont il vient d'être question, et les *eaux sulfureuses*, telles que celles de Baréges, de Bagnères-de-Luchon, de Cauterets, etc.

La *strychnine* ou la *noix vomique* sont des substances qui, depuis un certain nombre d'années, sont spécialement employées dans les cas dont il s'agit. On sait que Fouquier est le premier qui ait mis la noix vomique en usage, et ce praticien a cité des faits dans lesquels elle a parfaitement réussi. Voici la formule qu'il a conseillée :

℞ Extrait alcoolique de noix vomique................ 4 gram.	Poudre de guimauve........... Q. s.

F. s. a. trente-six pilules. Dose : d'abord une par jour, puis tous les trois ou quatre jours une pilule de plus, jusqu'à ce qu'on atteigne la dose de neuf à dix par jour.

Dans l'élévation des doses, le médecin doit agir avec prudence et consulter toujours l'effet produit par les premières avant d'en augmenter le nombre.

Plus tard on a mis en usage non-seulement la *strychnine*, mais encore la *brucine;* toutefois c'est la première de ces substances qui est le plus généralement employée. Magendie a donné à ce sujet deux formules que je crois devoir reproduire ici :

1° *Pilules de strychnine.*

℞ Strychnine pure.... 0,10 gram. | Conserve de roses.......... 2 gram.

Faites vingt-quatre pilules. Dose : d'abord une pilule le matin, puis une matin et soir : et augmenter tous les trois ou quatre jours d'une pilule, jusqu'à ce qu'on en prenne cinq ou six.

2° *Potion avec la strychnine.*

℞ Strychnine pure.................... 0,05 gram.

Triturez dans un mortier avec :

Acide acétique..................... 0,10 gram.

Ajoutez peu à peu :

Eau distillée............. 65 gram. | Sucre blanc............. 15 gram.

Dose ; une cuillerée à café, matin et soir. On augmente successivement la dose.

On doit agir avec plus de prudence encore dans l'administration de la strychnine que dans celle de la noix vomique. Il ne faut augmenter les doses que tous les deux, trois ou quatre jours, et consulter les effets produits. Il ne serait pas prudent de dépasser la dose de cinq ou six pilules par jour, et l'administration de la potion entière doit être regardée comme une limite qu'on a bien rarement occasion de franchir. Peut-être vaudrait-il mieux, au lieu d'administrer cette potion par cuillerées à café, n'y faire entrer d'abord que 5 milligrammes de strychnine, et augmenter ensuite graduellement cette dose, de manière à donner la potion entière chaque jour.

Quant à la *brucine*, je dirai seulement ici qu'elle se donne de la même manière, mais à dose dix ou douze fois plus considérable.

M. Bardsley est un des auteurs qui ont expérimenté avec le plus de soin la strychnine; mais il n'a cité qu'un petit nombre de faits, et dans ces faits la paralysie a des causes diverses. Ce qui résulte de plus positif de ses recherches, c'est que la strychnine réussit beaucoup moins bien dans les cas d'hémiplégie dont il s'agit ici que dans les cas de paraplégie dont nous parlerons plus loin.

On a encore conseillé le *sumac vénéneux* (*rhus radicans*); mais ce médicament étant très peu employé aujourd'hui, et les preuves de son efficacité étant bien loin d'être suffisantes, je crois devoir me contenter de cette indication.

Parmi les *moyens externes* mis en usage, je citerai d'abord les *vésicatoires* à la nuque ou sur le cuir chevelu; les *sétons*, les *cautères* à la nuque ou sur les côtés du cou. On conseille de n'employer ces moyens qu'à une époque avancée de la maladie, et leur degré d'action n'est pas suffisamment connu.

On prescrit encore des *frictions excitantes* avec les teintures de cantharide ou

de *benjoin*, avec un *liniment ammoniacal*, le suivant, par exemple, auquel les Anglais ont donné le nom de *baume de vie externe :*

℞ Savon médicinal........................ 32 gram.

Divisez-le et faites dissoudre dans :

Esprit de serpolet........	2 kilogr.	Ammoniaque liquide........	35 gram.
Huile essent. de térébenth..	350 gram.		

Frictionner matin et soir les parties paralysées avec 15 grammes de cette préparation.

Ou bien encore les frictions avec le *baume opodeldoch*, le *baume de Fioravanti*, ou simplement l'*alcool camphré*. Tels sont les principaux excitants mis en usage.

On a aussi recours à l'*électricité*. C'est l'*électro-puncture* qu'on emploie ordinairement. Je ne parlerai pas avec détail ici de ce moyen, dont j'ai eu maintes fois occasion de faire connaître l'administration dans le cours de cet ouvrage. On doit se servir de l'appareil de Clarke ou de celui des frères Breton; et si l'on ne peut se les procurer, une pile ordinaire d'une force médiocre sera employée avec plus moins de persévérance, selon les cas et les effets produits. Il sera encore mieux d'employer les procédés de M. Duchenne (de Boulogne). L'électricité est un moyen auquel il ne faut pas avoir recours trop peu de temps après l'attaque d'apoplexie. On a signalé des inconvénients de son administration en pareil cas.

M. Claudius Barbier (de Lyon) (1) propose de *trépaner* avant de saigner, pour que le sang puisse diminuer dans l'intérieur du crâne. Je ne crois pas qu'aucun médecin adopte ce traitement, fondé sur une théorie hydraulique.

On conseille ensuite des *douches simples*, *aromatiques*, *sulfureuses*, à une température élevée; ces dernières sont toujours administrées, en même temps que les *bains minéraux*, dans les établissements d'eaux minérales.

Comme l'a très bien fait remarquer Rochoux, on ne doit pas attendre un très grand effet de toutes ces stimulations de la partie malade. Le principe de la paralysie est dans la lésion du cerveau; tant qu'on n'a pas fait disparaître celle-ci, on irriterait vainement les membres paralysés. Il ne faut donc regarder ces excitants que comme des adjuvants.

Je pourrais ajouter quelques particularités relativement au traitement de quelques paralysies locales, mais elles auraient peu d'importance. Les *masticatoires* (*pyrèthre*, *piment*, etc.), employés pour faire cesser la *paralysie de la langue*, les onctions irritantes sur les paupières dans la *paralysie des muscles de l'œil*, etc., n'ont, en effet, qu'une action plus que problématique et ne font que fatiguer inutilement les malades.

4° *Traitement prophylactique.* — Aujourd'hui tous les médecins sensés s'accordent à rejeter ces médicaments prétendus préservatifs et décorés du nom d'*anti-apoplectiques*, qui n'ont d'autre effet que d'inspirer aux sujets apoplectiques une fâcheuse sécurité et de leur faire négliger les soins hygiéniques, qui seuls peuvent les préserver. Il me serait on ne peut plus facile d'en indiquer un bon nombre; mais il n'y a aucun avantage à le faire. Je les passerai donc sous silence, et je dirai seulement que les seuls moyens de prévenir une attaque d'apoplexie consistent dans

(1) *Journal des connaissances médicales*, juillet 1843.

une grande sobriété, dans l'habitude de faire chaque jour de l'exercice en plein air, surtout après les repas; dans l'entretien des flux habituels ou dans leur rappel lorsqu'ils sont supprimés, et dans l'entretien de la liberté du ventre. Les sujets doivent éviter soigneusement le séjour des lieux trop chauds, l'insolation et tout ce qui peut exciter la circulation cérébrale. Ils ne doivent pas porter des vêtements trop serrés et qui puissent gêner le cours du sang. Ils doivent éviter le refroidissement des extrémités; enfin ils doivent abandonner les travaux qui exigent une trop forte contention d'esprit, et surtout ne pas s'y livrer pendant un trop long espace de temps sans se reposer.

RÉSUMÉ DU TRAITEMENT.

1° *Traitement de l'attaque :* Émissions sanguines, application du froid, topiques irritants, ammoniaque, vomitifs, purgatifs, éméto-cathartiques, précautions générales.

2° *Traitement des symptômes consécutifs à l'attaque :* Régime sévère, purgatifs, phosphore, gratiole, poudre de James, etc.; traitement du ramollissement consécutif; frictions mercurielles, calomel, etc.

3° *Traitement des résultats de l'hémorrhagie cérébrale :* Traitement de la paralysie; stimulants généraux, arnica; amers; toniques, ferrugineux; eaux minérales ferrugineuses, sulfureuses; noix vomique, strychnine, brucine; moyens externes; douches, électricité, etc.

4° *Traitement prophylactique :* Soins hygiéniques.

ARTICLE III.

CÉRÉBRITE (*ramollissement inflammatoire du cerveau*).

Avant d'entreprendre la description de l'inflammation du cerveau, il est on ne peut plus important de déterminer avec précision la marche que l'on veut suivre. Ces maladies ont été envisagées sous tant de points de vue différents, qu'il en est résulté la plus grande confusion dans leur histoire, et qu'il est presque impossible au médecin d'entendre ce qu'on a voulu dire en traçant la description de telle ou telle affection cérébrale. Qu'on dise, par exemple, ce que c'est positivement que l'encéphalite, en quoi elle diffère de l'arachnitis qui s'est étendue au cerveau, en quoi elle diffère du ramollissement inflammatoire? On sera arrêté à chaque pas, parce que l'on n'a pas demandé aux faits la séparation de ces états morbides qui ont tant de tendance à se réunir à une époque plus ou moins avancée du mal.

Je crois d'abord qu'il est important de faire disparaître le nom d'encéphalite. L'encéphalite étant composée à la fois des centres nerveux et de leurs membranes, il en résulte que l'encéphalite ne saurait être autre chose que l'inflammation simultanée de ces diverses parties, c'est-à-dire une maladie compliquée, dont les éléments doivent être examinés isolément. On dira sans doute qu'il arrive très souvent, dans les affections cérébrales, qu'on trouve, dans une même autopsie, des lésions du cerveau, du cervelet, de la protubérance et des membranes; mais on n'en saurait conclure que ces affections diverses doivent être étudiées simultanément. La méthode analytique veut, au contraire, qu'on étudie séparément les cas simples,

afin d'arriver par là à une connaissance plus exacte des cas compliqués. Dans ces cas, on pourra généralement ensuite arriver à connaître la manière dont les lésions se sont succédé, et ainsi on parviendra à reconnaître l'affection primitive. A quoi est-on arrivé en procédant autrement? On a décrit, par exemple, une *encéphalite diffuse*, qui n'est autre chose, dans l'immense majorité des cas, qu'une méningite dans laquelle l'inflammation des membranes s'est propagée à la surface du cerveau, et l'on en a conclu que l'altération du cerveau était la principale maladie, sans songer que, dans un certain nombre de cas bien observés, l'inflammation des membranes reste isolée, ce qui est démontré par l'intégrité de la substance cérébrale constatée à l'autopsie. De là une confusion très grande dans les symptômes propres à telle ou telle lésion, et l'impossibilité presque absolue du diagnostic.

Ne vaut-il pas bien mieux, puisque les observations le permettent, d'une part, examiner ce qui se passe dans les cas où les membranes sont seules enflammées, ainsi que nous l'avons fait à l'article *Méningite aiguë simple*, et de l'autre, étudier l'inflammation isolée du cerveau, puis indiquer, dans chaque description, les cas dans lesquelles ses inflammations se confondent, en ayant soin de dire quelle est de ces inflammations celle qui se produit secondairement, ce qui permet de distinguer leurs symptômes respectifs?

D'après ces considérations, je m'occuperai d'abord de la *cérébrite* comme maladie isolée, et je traiterai successivement de la *cérébrite aiguë* et de la *cérébrite chronique*. Ces dénominations correspondent à celles de *ramollissement inflammatoire, aigu* et *chronique*, et ces dernières expressions sont si généralement admises, que je les emploierai très fréquemment. Si j'ai cru devoir me servir de la dénomination de *cérébrite*, c'est pour bien faire comprendre que cette affection, pas plus que l'encéphalite des auteurs, ne saurait être distinguée du ramollissement inflammatoire; que c'est évidemment la même maladie, comme l'ont prouvé les recherches récentes, ce dont cependant on pourrait douter en lisant beaucoup d'ouvrages, même parmi les plus modernes, puisque des descriptions séparées sont présentées sous ces diverses dénominations.

J'ai eu toujours soin de désigner le ramollissement, que je regarde comme n'étant autre chose que la cérébrite, par le nom de ramollissement inflammatoire, et je l'ai fait dans l'intention de réserver une question importante qui sera traitée plus loin, et qui est relative à l'existence ou à la non-existence d'un *ramollissement non inflammatoire* admis par plusieurs auteurs, et en particulier par M. Rostan, qui, le premier, a fixé l'attention sur ce point, et regardé par d'autres, au contraire, comme ne se produisant jamais, bien que tous les faits qu'ils ont rapportés en faveur de leur opinion ne soient pas aussi positifs qu'ils paraissent le penser.

Dès que l'anatomie pathologique a été étudiée avec soin, un certain nombre de cas de ramollissement du cerveau sont venus à la connaissance des médecins, et tout le monde connaît ceux qui ont été rapportés par Morgagni. Mais c'était bien peu pour l'histoire de l'inflammation du cerveau; aussi l'ouvrage de M. Rostan (1) eut-il et devait-il avoir un grand retentissement. Bientôt parurent les *Recherches sur l'encéphale*, de Lallemand, dans lesquelles les questions qui se rattachent à l'inflammation du cerveau sont étudiées avec de grands détails. M. Bouillaud (2)

(1) *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, 2ᵉ édit. Paris, 1823.
(2) *Traité clinique et phys. de l'encéphalite*. Paris, 1825.

ont ensuite ajouter quelques faits à ceux que nous connaissons déjà. Je citerai core MM. Andral (1) et Dechambre (2), qui ont éclairé divers points import de l'histoire du ramollissement cérébral, puis l'ouvrage de M. Durand-Fardel (3 surtout celui de M. Calmeil (4), dans lesquel on trouve un très grand nombre faits intéressants.

1° CÉRÉBRITE AIGUË (RAMOLLISSEMENT INFLAMMATOIRE AIGU).

Je ne chercherai pas à exposer séparément dans cet article diverses particula sur lesquelles quelques auteurs se sont appesantis, et qui n'ont une importa réelle qu'au point de vue de l'anatomie pathologique. On a beaucoup parlé de *mollissement rouge*, de *ramollissement blanc*, de *ramollissement lie de vin*, Je suis loin de dire que la coloration, dans le ramollissement cérébral, ne m pas l'attention du médecin ; mais elle la mérite seulement au même titre qu coloration rouge, lie de vin, grise, dans l'inflammation du poumon. Peut-o des signes particuliers, reconnaître pendant la vie que le cerveau offre le ramo ment rouge ou blanc ? Non, sans doute, et dès lors ce n'est qu'une question ut renvoyer à l'anatomie pathologique, où nous aurons à rappeler les argum que les auteurs ont tirés, pour ou contre la nature inflammatoire du ramolli ment, de l'état de l'organe dans les différents cas. Nous verrons alors s'il y a ou non de donner une description particulière du ramollissement regardé co non inflammatoire par plusieurs auteurs recommandables. On peut, il est soupçonner que le ramollissement se présentera avec tel ou tel aspect, suivant la maladie aura duré plus ou moins longtemps, et par conséquent aura ou n' pas pu passer à l'état de suppuration ; mais outre qu'on risquerait de se tro fréquemment, parce que la maladie ne présente pas, à beaucoup près, de péri parfaitement tranchées, ce serait tout simplement alors une question relative marche de la maladie, comme celle des trois degrés de la pneumonie, dans les l'état de l'organe malade présente des aspects si différents. Après ces considérati j'entre immédiatement en matière.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *cérébrite aiguë*, ou ramollissement inflammatoire aigu, est l'inflammatio cerveau, soit étendue à une partie du cerveau assez considérable et mal lim soit circonscrite dans une partie peu étendue de cet organe. De là deux espèc cérébrite ou de ramollissement inflammatoire : l'une à laquelle on a donné le d'*encéphalite diffuse*, et l'autre qui a reçu celui d'*encéphalite circonscrite*. dernière est celle qui a été particulièrement décrite sous le nom de *ramollisse du cerveau*.

Je dois faire remarquer avant d'aller plus loin, que ces deux espèces, con rées comme maladies distinctes, ont une importance très différente. Il est, en très rare que la cérébrite, dont les limites ne sont pas plus ou moins bien cir

(1) *Clinique médicale*.
(2) *Gazette médicale*, 1838.
(3) *Traité du ramollissement du cerveau*. Paris, 1843.
(4) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859.

scrites dans la substance cérébrale, soit une maladie primitive ; le plus souvent elle est consécutive à une maladie des méninges, qui, de son côté, peut être primitive ou secondaire. Il en résulte que cette affection doit être particulièrement étudiée avec les maladies des méninges, et principalement avec la méningite. Aussi, fidèle au plan que je me suis tracé, je n'exposerai ici que ce qui sera indispensable pour la faire connaître d'une manière complète, renvoyant le lecteur à ce qui a été dit dans les articles précédents pour les cas où l'encéphalite est secondaire; et je le fais avec d'autant plus d'empressement, que c'est le seul moyen de mettre un peu d'ordre dans cette partie de la pathologie, qui en a tant besoin. Cet article sera par conséquent spécialement consacré au ramollissement aigu circonscrit, et l'inflammation diffuse sera seulement mentionnée quand il sera nécessaire.

J'ai déjà cité plusieurs fois les principaux noms sous lesquels est connue la maladie dont nous nous occupons. Ce sont les suivants : *encéphalite*, *méningo-encéphalite*, *cérébrite*, *ramollissement du cerveau*, *inflammation du cerveau*, *suppuration*, *gangrène*, *abcès du cerveau*. On voit que toutes ces dénominations sont tirées de l'anatomie pathologique, et varient suivant la manière dont chacun a considéré les lésions. M. Calmeil (1) désigne ainsi cette maladie : « *Ramollissement cérébral local aigu, ou encéphalite locale aiguë sans caillots sanguins, siégeant sous la forme d'un foyer ou de plusieurs foyers circonscrits, soit à la surface, soit dans la profondeur de la masse encéphalique.* »

Le ramollissement inflammatoire du cerveau est une maladie qui est bien loin d'être rare. Lorsqu'on a commencé à l'étudier, on a pu croire qu'elle était plus rare que l'hémorrhagie cérébrale; mais les travaux que j'ai cités plus haut ont prouvé qu'il n'en est rien, même en ne considérant que les cas dans lesquels le ramollissement est une maladie primitive. Que si, au contraire, nous tenons compte des cas dans lesquels le ramollissement est une maladie consécutive, tels que ceux où il survient après une hémorrhagie cérébrale, ou ceux où il se forme autour des tumeurs du cerveau, etc., nous le trouvons bien plus fréquent encore, et la fréquence de l'hémorrhagie cérébrale ne peut plus dès lors être comparée à la sienne.

§ II. — Causes.

Si nous faisons abstraction des *conditions organiques* nécessaires pour produire le ramollissement aigu, et dont quelques-unes ne nous occuperont pas ici, puisque nous ne parlons que du ramollissement inflammatoire ; si nous mettons de côté, pour un moment, les conditions d'âge, de saisons, etc., nous devons reconnaître que les causes du ramollissement sont très obscures. Je vais exposer ce que nous savons de plus précis sur ce point.

1° Causes prédisposantes.

Un *âge* avancé est généralement regardé comme une prédisposition incontestable au ramollissement cérébral. M. Durand-Fardel est le seul qui paraisse élever quelques doutes à ce sujet ; mais quoiqu'il fasse parfaitement observer qu'on doit

(1) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859.

avoir, pour apprécier l'influence de l'âge, égard non à l'époque de la mort des sujets, mais à celle du début de la maladie, il résulte néanmoins des faits qu'il a cités que si le ramollissement cérébral est loin d'être une maladie propre à la vieillesse, comme on a pu le croire alors qu'on ne l'avait guère étudié que dans des hôpitaux de vieillards, il n'en est pas moins vrai qu'un âge assez avancé est une des conditions dans lesquelles cette affection se développe de préférence. Une remarque critique que nous ne devons pas oublier de faire à ce sujet, c'est que, dans la recherche de l'influence de l'âge, on n'a pas tenu un compte suffisant de l'acuité ou de la chronicité de la cérébrite; ce qui est regrettable, puisque l'on peut très bien concevoir que le ramollissement aigu, soit qu'il se termine par la mort, soit qu'il passe à l'état chronique, ait de la tendance à se produire à une autre époque de la vie que le ramollissement primitivement chronique.

La plupart des auteurs sont muets sur l'influence du *sexe* dans la production de la maladie. Lallemand seul (*loc. cit.*), appliquant à la cérébrite ce qu'il a observé dans les maladies cérébrales en général, la regarde comme notablement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Quant à la *constitution*, nous ne savons rien de positif à ce sujet. Il n'en est pas de même des *maladies antérieures* qui ont plus ou moins détérioré la constitution. Il n'a qu'à parcourir les nombreuses observations que nous possédons aujourd'hui sur le ramollissement cérébral pour s'assurer que cette maladie, toutes choses égales d'ailleurs, est plus fréquente chez les sujets présentant déjà une autre affection que chez ceux qui sont dans un parfait état de santé, et cela est vrai, même en faisant abstraction des maladies cérébrales dans lesquelles une production morbide a donné lieu, par sa présence, à un ramollissement de l'organe.

L'influence des *saisons* a été étudiée, mais non sur un nombre de faits assez grand pour que l'on ait pu obtenir un résultat suffisant. M. Rostan dit que la maladie s'observe bien plus fréquemment durant les grands froids et les grandes chaleurs que sous l'influence de toute autre température. Il y a un peu d'exagération dans cette assertion. Les chiffres donnés par M. Durand-Fardel prouvent, en effet, que la différence suivant les saisons est peu considérable; il n'a trouvé qu'une faible augmentation du nombre des cas pendant la saison froide.

Plusieurs auteurs ont cru trouver dans l'*hypertrophie du cœur* une cause du ramollissement cérébral. Remarquons d'abord que ces auteurs ont parlé du ramollissement en général, sans tenir compte de sa nature dans les divers cas, et que par conséquent il ne faudrait pas regarder leur conclusion comme s'appliquant rigoureusement à la cérébrite dont nous nous occupons ici. Mais, même sous ce point de vue, leur manière de voir ne saurait être admise sans contestation. M. Durand-Fardel a fait voir (1) que l'hypertrophie du cœur ne s'observe pas plus fréquemment chez les sujets qui succombent au ramollissement cérébral que chez ceux qui sont emportés par une autre maladie, et nous devons, à ce sujet, ajouter une réflexion qui n'est pas sans importance. Il résulte des belles recherches de M. Bizot (2), que le cœur va en augmentant de volume à mesure qu'on avance en âge, et que c'est là un effet qu'on ne saurait considérer comme pathologique.

(1) *Loc. cit.*, p. 496.
(2) Voy. *Mém. de la Société méd. d'observ. de Paris*, 1837, t. I.

Or, si l'on n'a pas eu égard à cet accroissement progressif du cœur, comment a-t-on pu décider si le cœur était réellement hypertrophié, s'il existait une augmentation morbide du volume de cet organe? Tout porte, par conséquent, à croire que l'hypertrophie du cœur n'a pas une influence particulière sur la production de la maladie.

2° Causes occasionnelles.

Voici comment s'exprime M. Durand-Fardel au sujet de la plupart des causes occasionnelles. Je ne peux mieux faire que de citer ce passage : « M. Rostan, dit-il, admet comme causes du ramollissement toutes les circonstances qui passent pour avoir quelque influence sur les affections du cerveau : *soleil ardent*, *coups sur la tête*, *passions violentes*, *chagrins*, *usage des alcooliques*. Mais il a plutôt été conduit à cela par l'analogie que par l'observation directe; car, dans ses observations comme dans les nôtres, *on n'a presque jamais noté aucune de ces causes*. Remarquant que les prodromes du ramollissement cérébral étaient surtout formés par des symptômes de congestion, il a jugé que toutes les causes de congestion cérébrale devaient favoriser la production du ramollissement. Je crois bien qu'il a raison, que ces causes doivent agir dans ce sens; mais il n'en est pas moins certain que le ramollissement se développe le plus souvent chez les vieillards, en dehors de ces circonstances comme de toute autre cause appréciable. »

Il n'en faut pas davantage pour montrer que tout n'est qu'incertitude sur ce point, et par conséquent je ne dois pas y insister. Restent maintenant certaines causes directes dont l'action est évidente. C'est ainsi que la cérébrite se développe après des lésions des os du crâne; au point de contact du cerveau avec certaines lésions des méninges; autour des *tubercules*, du *cancer du cerveau*, etc. En pareil cas, la lésion primitive est évidemment la cause efficiente du ramollissement; mais aussi l'inflammation du cerveau produite de cette manière a beaucoup moins d'intérêt pour nous, en ce moment où nous nous occupons de la cérébrite considérée comme maladie indépendante.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer combien sont vagues nos connaissances sur l'étiologie de la cérébrite. Nous avons tiré bien peu de lumières des recherches précédentes, et encore faut-il remarquer qu'elles ont été faites sur le ramollissement en général, sans distinction des espèces, ce qui leur ôte nécessairement de leur valeur quand on considère une de ces espèces en particulier.

§ III. — Symptômes.

La cérébrite aiguë se présente sous deux formes que Lallemand avait déjà parfaitement distinguées, et sur lesquelles M. Durand-Fardel (1) a particulièrement insisté. Ces deux formes doivent de toute nécessité être étudiées séparément, si l'on veut apporter un peu d'ordre dans cette partie de la pathologie. J'adopterai les dénominations que leur a imposées M. Durand-Fardel, qui appelle l'une *apoplectique* et l'autre *ataxique*. Toutefois je ferai remarquer que cette division ne comprend pas tous les cas : ainsi M. Durand-Fardel fait entrer dans la forme apoplectique des faits dans lesquels les symptômes se sont développés graduellement et où il n'y a

(1) Page 85 et suiv.

pas eu perte subite de connaissance. Or il n'existe pas, en pareil cas, de véritable apoplexie, car cette expression suppose une attaque brusque. Mais les faits de ce genre étant beaucoup moins communs dans la cérébrite aiguë que ceux où se présentent les formes apoplectique et ataxique, je me contenterai de cette division, et j'ajouterai seulement, comme l'a fait M. Durand-Fardel, quelques mots sur l'espèce que je viens de mentionner.

1° *Forme apoplectique.* — Cette forme, principalement caractérisée par ce début subit de la maladie que j'ai désignée sous le nom d'*attaque de ramollissement*, peut se montrer d'une manière tout à fait inattendue et sans symptômes antérieurs, ou bien être précédée de quelques signes auxquels on a donné le nom de prodromes.

Prodromes. — Un simple coup d'œil fait facilement reconnaître que les symptômes auxquels on a donné le nom de *prodromes* ne diffèrent pas de ceux qu'on a attribués à l'*hémorrhagie cérébrale :* ce sont des *vertiges*, des *éblouissements*, de la *céphalalgie*, l'irritabilité du caractère, la *tendance au sommeil*, la *lourdeur des membres*, les *troubles de la vue* et de l'*ouïe*. Ces prodromes se montrent moins fréquemment dans la forme dont nous parlons que dans l'autre; c'est ce qui résulte des recherches de M. Durand-Fardel. Quant aux *élancements*, à la *roideur des membres*, au *délire*, à l'*agitation*, cet auteur fait remarquer avec raison que ce sont là des symptômes qui font partie de la maladie confirmée; et quant à la *démence sénile* et à l'*aliénation mentale* signalées par M. Rostan, ce sont des conditions de santé dans lesquelles le ramollissement peut bien se présenter plus fréquemment que dans les autres, mais ce ne sont pas des prodromes.

Début. — Dans cette forme, le début est ordinairement brusque; il y a, comme dans l'hémorrhagie cérébrale, *perte subite de connaissance.* C'est là la véritable forme apoplectique, celle qui seule, ainsi que je le disais plus haut, mérite ce nom. D'autres fois, au contraire, il y a perte graduelle des facultés intellectuelles, affaiblissement d'un ou de plusieurs membres; puis *tout à coup survient l'attaque*, et dès ce moment le cas ressemble au précédent. D'autres fois enfin tous *les symptômes vont en augmentant peu à peu* sans qu'il y ait une véritable attaque; on ne peut pas dire dès lors qu'il y a un ramollissement de forme apoplectique, bien que tous les symptômes qui se produisent dans celle-ci existent réellement. La marche n'a pas été la même, ce qui est très important pour le diagnostic. M. Durand-Fardel ayant fait le relevé des observations de MM. Rostan et Andral, et l'ayant joint à ce qu'il a observé lui-même, s'est assuré que la forme apoplectique proprement dite est la plus fréquente, dans les cas où le ramollissement se rapproche de l'hémorrhagie cérébrale.

Symptômes. — La *forme apoplectique proprement dite*, je l'ai déjà fait remarquer dans l'article précédent, et je dois le répéter ici, *se manifeste par les mêmes symptômes que l'hémorrhagie cérébrale.* Une seconde description de l'attaque serait donc inutile, et le lecteur doit se reporter à celle que j'ai donnée de cette dernière maladie. Quant aux différences réelles et supposées admises par les auteurs, c'est encore au diagnostic de l'*hémorrhagie cérébrale* et du *ramollissement* qu'il faut en chercher les détails.

Dans la *forme apoplectique consécutive à des symptômes plus ou moins marqués de ramollissement*, voici ce qu'on observe : on voit du côté de la tête se mani-

fester une *céphalalgie* fixe et opiniâtre, sur laquelle M. Rostan a particulièrement insisté. En même temps, ou un certain temps après, on voit l'*intelligence s'altérer*. Les malades perdent la mémoire; ils ont de la difficulté à s'exprimer; ils confondent entre eux les objets qu'ils connaissent le mieux, etc. Leur *caractère* change; ils deviennent irritables, susceptibles, se mettent en colère ou s'attendrissent sans motif, etc.

Du côté du *mouvement*, on observe des phénomènes importants. Les malades se plaignent de *fourmillements, d'élancements*, de lourdeur dans un membre, dans un côté du corps tout entier, ou même dans toutes les parties du corps si le ramollissement occupe certains points qui seront mentionnés plus loin, ou bien s'il y a un ramollissement dans chaque côté du cerveau. Chez un certain nombre de sujets, on observe une *contracture* plus ou moins marquée des membres affectés. Ces membres sont dans la demi-flexion; ordinairement, avec un peu de persistance, on finit par les étendre; mais ils ne tardent pas à reprendre leur position dès qu'on les abandonne à eux-mêmes. Chez d'autres, on observe des contractions irrégulières, de véritables *convulsions*, qui se reproduisent à des intervalles variables.

Pendant ce temps, la *sensibilité* est conservée, et quelquefois même *elle* exaltée au point que toutes les parties affectées, et parfois même toutes les parties du corps, sont douloureuses au toucher. Chez quelques sujets, j'ai constaté que les mouvements un peu étendus, imprimés aux membres, causaient de la douleur dans les articulations. L'exaltation de la sensibilité doit être soigneusement notée, parce que, ainsi que nous l'avons vu en parlant du diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale, elle sert à faire distinguer le ramollissement de cette affection.

Du côté des *sens*, on observe dans quelques cas ce qui suit : la *vue* est plus ou moins trouble ordinairement d'un seul côté, quelquefois des deux, ce qui annonce un double ramollissement ou une inflammation étendue à une assez grande partie de la superficie du cerveau.

Il est difficile de s'assurer de l'état de l'*ouïe*, à moins que, comme dans le cas que je viens de citer, le ramollissement ne porte sur les deux côtés ou ne soit très étendu; car alors l'ouïe est dure, les deux oreilles étant affectés. Suivant M. Rostan, l'état de l'*odorat* et du *goût* est le même que celui des autres sens; « le plus fréquemment, dit cet auteur, il existe une diminution de la sensibilité. » Cette proposition me paraît un peu trop explicite, car on n'a pas pu faire des expériences suffisantes pour s'assurer de la réalité du fait.

« La *langue*, dit le même auteur, est souvent embarrassée; il faut néanmoins ajouter que la parole est moins souvent gênée, et a un degré beaucoup moins considérable qu'à l'époque où la paralysie est venue brusquement se joindre aux symptômes précédents. »

Après une plus ou moins longue durée de ces symptômes, il survient *tout à coup* une perte complète de connaissance, dont la durée est variable suivant les cas; et si l'on examine le malade, on trouve un membre ou plus fréquemment un côté du corps *paralysé*, soit du *mouvement et du sentiment à la fois*, soit seulement de la *motilité*; mais les muscles paralysés se contractent, d'après M. Duchenne (1), sous

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 septembre 1852.

l'influence de l'excitation électrique. C'est cette *attaque apoplectique*, cette *attaque de ramollissement*, qui rattache à la forme apoplectique les cas que je viens de décrire, et qui sont très importants à connaître, parce qu'on peut les donner comme des types de cérébrite aiguë qu'on ne saurait pas plus confondre avec l'hémorrhagie cérébrale que ceux dont je vais m'occuper maintenant.

Enfin, comme je l'ai dit plus haut, M. Durand-Fardel a rattaché à la forme apoplectique certains cas qui présentent des symptômes semblables à ceux que je viens de décrire, mais dans lesquels la *perte de connaissance ne se produisant pas brusquement, il n'y a réellement pas apoplexie.*

Dans cette espèce, les symptômes s'étant succédé comme dans les cas précédents, on ne voit pas survenir d'attaque brusque ; mais l'intelligence s'altère avec une rapidité variable, et une partie plus ou moins étendue du corps se paralyse peu à peu ; il y a des alternatives de contracture, de convulsions, de résolution, et, au bout d'un certain temps, la maladie se termine ordinairement par la mort, avec les symptômes communs à toutes les formes, et dont je dirai un mot plus tard.

2° *Forme ataxique.* — La forme ataxique n'a généralement pas été bien décrite par les auteurs. M. Durand-Fardel, qui néanmoins attache beaucoup d'importance à la distinction de cette forme, n'a fait qu'en donner les éléments, sans insister sur sa description. Voici, d'après les observations rassemblées par cet auteur, les principaux traits de cette forme :

La plupart des sujets qui la présentent sont déjà, depuis un temps plus ou moins long, dans un état de santé peu satisfaisant. Elle se montre assez fréquemment dans des maladies aiguës diverses. La *céphalalgie*, une *incohérence plus ou moins grande dans les idées*, de l'*agitation*, surtout la nuit, sont les premiers symptômes qui se manifestent ; puis survient un *délire* variable, puis viennent les *convulsions*, la *roideur*, la *contracture des membres*, la distorsion de la bouche, etc., et au bout de quelque temps, un assoupissement, un *coma* plus ou moins profond ; enfin la connaissance se perd complétement ; mais il n'y a pas toujours, à beaucoup près, *paralysie*, et si celle-ci se manifeste, c'est dans les derniers temps de l'existence, et à la suite de *convulsions* plus ou moins violentes, et parfois d'*attaques épileptiformes*.

Tels sont les symptômes qui appartiennent en propre à la cérébrite. Il en est quelques-uns qu'on observe dans les divers appareils autres que l'appareil nerveux, et dont il importe de dire un mot.

3° *Symptômes communs aux diverses formes.* — Du côté de la *respiration*, on ne voit d'abord rien de remarquable lorsque les symptômes de la maladie se montrent successivement ; mais quand il y a perte de connaissance et paralysie, quelle que soit la manière dont la maladie ait débuté, on peut observer la *sterteur* et une gêne plus ou moins marquée de la respiration ; ces signes se montrent particulièrement dans les derniers jours de l'affection. Les autres phénomènes que peut présenter l'appareil respiratoire appartiennent à des complications.

Du côté de la *circulation*, on ne note souvent rien de remarquable dans les premiers temps de la maladie, quelle que soit sa forme ; dans quelques cas néanmoins, on observe un mouvement fébrile assez marqué. Le *pouls* est fort, dur, accéléré (90 à 100 pulsations). Dans les derniers temps de la maladie, il est ordinaire de voir le pouls augmenter de fréquence, tout en perdant de sa force et de

son ampleur. Une élévation plus ou moins marquée de la température de *la peau* existe chez les sujets qui ont un certain mouvement fébrile ; elle s'accompagne de *moiteur*. Quelquefois la chaleur est plus prononcée au front. Dans les derniers moments, on voit la peau se couvrir presque toujours d'une sueur abondante.

Les *organes digestifs* offrent aussi quelques symptômes qui ne sont pas sans importance. On a cité le *vomissement* comme un des phénomènes les plus frappants du début du ramollissement cérébral. Suivant M. Durand-Fardel, ce symptôme serait lié à une circonstance tout éventuelle, c'est-à-dire la distension de l'estomac par les aliments au moment du début. De nouvelles recherches sont nécessaires à cet égard ; mais toujours est-il que le vomissement est beaucoup moins important dans la cérébrite que dans la méningite. Chez quelques sujets, on remarque, plusieurs jours avant que la maladie se soit bien caractérisée, de l'inappétence, de la plénitude vers la région stomacale, etc., mais ces symptômes n'offrent rien de particulier à cette maladie.

La *déglutition* est parfois difficile, ce qui tient soit au *trismus*, soit à la *paralysie du pharynx :* lorsque la paralysie de ce dernier organe est complète, ainsi que celle de l'œsophage, la déglutition devient impossible. Ces symptômes se montrent ordinairement vers la fin de la maladie, et les cas de ce genre sont ordinairement funestes.

Dans un certain nombre de cas, on observe des *évacuations involontaires*, ce qui a lieu tantôt seulement au moment du début et de l'attaque apoplectiforme ; tantôt, au contraire, vers la fin de la maladie, lorsque le ramollissement a marché graduellement ; tantôt enfin depuis le moment de l'attaque jusqu'à celui de la mort. Il est plus fréquent de noter la *constipation* dans la première partie du cours de la cérébrite, et les *selles involontaires* dans la dernière.

La *rétention d'urine* n'est pas très rare dans la cérébrite, et c'est un fait que le médecin ne doit pas oublier. Les urines peuvent être rendues involontairement au moment de l'attaque ; à une autre époque de la maladie, elles sont ordinairement rendues par regorgement, et il ne faut pas se laisser tromper par cette circonstance.

Presque tous les symptômes que je viens de mentionner appartiennent, comme on vient de le voir, aux derniers temps de la maladie, et par conséquent en les réunissant et en y joignant un *amaigrissement* qui n'est un peu marqué que dans les cas de longue durée, des *eschares au sacrum* dans un certain nombre de cas, et les phénomènes habituels de l'agonie, on complétera facilement le tableau de la maladie, quelle que soit sa forme. Quant à l'appréciation des principaux symptômes, elle appartient au diagnostic de l'affection.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En exposant le début et la succession des symptômes, j'ai fait connaître en grande partie la *marche* de la maladie ; j'ai seulement à ajouter ici que cette marche est généralement rapide et ordinairement croissante, sauf quelques améliorations passagères ; que cependant il arrive quelquefois de voir, après des symptômes graves, une amélioration très notable se produire, puis les phénomènes prendre un nouvel accroissement, et emporter rapidement les malades. Quelquefois même ces alternatives de mal et de bien se multiplient, ainsi que j'en ai eu récemment un exemple

chez un vieillard qui a succombé à un ramollissement à invasion graduelle, à l'Hôtel-Dieu annexe.

La *durée* de la *cérébrite aiguë* a été étudiée avec soin par M. Durand-Fardel. Elle varie beaucoup. On voit des sujets succomber en quelques heures. C'est ce que l'on n'observe que dans les cas où existe la forme apoplectique proprement dite, et les cas de ce genre se rapprochent de l'apoplexie sanguine foudroyante. Il est fréquent de voir la mort survenir au bout de six à huit jours; quelquefois l'affection ne se termine qu'au bout de vingt à trente jours; les cas de ce genre sont rares.

La question de la *terminaison* du ramollissement cérébral est une des plus importantes de son histoire, car il s'agit de décider si cette affection est ou n'est pas curable. M. Rostan, tout en notant que les sujets observés par lui avaient tous succombé, n'avait pas perdu l'espoir de voir les progrès ultérieurs de l'observation conduire à un résultat moins affligeant. Bientôt, en effet, MM. Lallemand et Cruveilhier (1) firent connaître des cas dans lesquels la guérison de la maladie ne paraissait guère douteuse. Ces faits cependant n'entraînaient pas encore la conviction, puisqu'on en appelait à de nouvelles recherches, lorsque M. Dechambre (2) publia un travail très intéressant sur ce sujet, et mit hors de doute la possibilité de la guérison dans cette redoutable maladie. Pour ne pas se laisser tromper par les apparences, M. Dechambre a pris des cas dans lesquels les signes du ramollissement ne pouvaient être douteux; dans toutes ses observations, la paralysie a marché graduellement, les autres symptômes ont également suivi une marche croissante, jusqu'à ce qu'il se soit manifesté une amélioration qui elle-même a été graduelle jusqu'à la cessation complète des accidents graves. Dans quelques-uns des faits cités par cet auteur (ordre 2e), il a fallu, il est vrai, s'en rapporter aux souvenirs des malades; mais ces souvenirs étaient précis, et d'ailleurs M. Dechambre en a recueilli d'autres qui se sont passés sous ses yeux, qui ont été observés avec soin, et auxquels on ne peut adresser aucune objection, car l'autopsie, après la mort causée par une affection intercurrente, a fait voir le travail de la cicatrisation plus ou moins avancé suivant les cas.

Lorsque la maladie se termine par la guérison, on voit l'intelligence revenir peu à peu; les douleurs éprouvées par le malade se dissipent ordinairement avec promptitude, toutes les fonctions se rétablissent, à l'exception de la motilité, qui le plus souvent reste abolie ou au moins considérablement diminuée dans les membres paralysés, comme dans les cas d'apoplexie dont nous avons parlé dans le précédent article. Je pourrais même reproduire ici le tableau que j'ai présenté de ces sujets hébétés, balbutiant, sans parole, etc., mais ce serait une répétition inutile. Que la pulpe cérébrale ait été détruite par une hémorrhagie ou par un ramollissement, le résultat est le même, voilà seulement ce qu'il faut savoir; les conséquences se tirent ensuite d'elles-mêmes. Je dirai tout à l'heure quelles sont les traces que laisse la maladie dans le cerveau. Les observations de M. Durand-Fardel sont venues confirmer celles de M. Dechambre relativement à la question qui nous occupe.

On doit donc admettre que la guérison de la cérébrite aiguë a lieu dans quelques cas; mais il faut reconnaître aussi que ces cas sont rares, et malheureusement nous verrons, quand il sera question du traitement, que nous ne connaissons pas les

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, XXIe livraison, in-folio, avec planches.
(2) *Mémoire sur la curabilité du ramollissement cérébral* (Gaz. méd., 19 mai 1838).

circonstances essentielles dans lesquelles cette guérison a lieu, ce qui serait néanmoins le point le plus important. On peut dire d'une manière générale que la mort est la règle dans les cas de ramollissement inflammatoire aigu.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne m'étendrai pas longuement sur les lésions anatomiques, pour la description desquelles néanmoins les matériaux ne me manqueraient pas, car un bon nombre d'auteurs, parmi lesquels je citerai MM. Rostan, Lallemand, Andral, Carswel, Dechambre, Durand-Fardel, en ont fait l'objet des plus intéressantes recherches; mais je dois me borner à dire ce qu'il y a de plus important sur ce point.

Le siége de la lésion est très variable, car on a trouvé le ramollissement inflammatoire aigu dans tous les points du cerveau. Cependant, d'après les relevés de M. Durand-Fardel, c'est dans les circonvolutions cérébrales qu'on l'observe ordinairement, et dans ce cas près d'un tiers des sujets ne présente de lésion que dans la substance grise. Viennent ensuite les divers points du cerveau à peu près dans l'ordre dans lequel se montre l'hémorrhagie cérébrale : ainsi les corps striés, les couches optiques, la protubérance.

La *couleur* du tissu ramolli a de l'importance; elle varie suivant les époques de la maladie. A une époque rapprochée du début, elle est d'un rouge plus ou moins foncé, brune, lie de vin, etc.; en un mot, elle présente les diverses nuances que peut lui donner une quantité surabondante de sang, comme tous les tissus enflammés. Plus tard cette coloration devient d'un jaune plus ou moins vif, verdâtre, grisâtre, et elle dépend alors de l'infiltration purulente.

La *consistance* varie aussi beaucoup, non-seulement suivant l'ancienneté du mal, mais encore suivant les cas. A une époque très rapprochée du début, le tissu paraît plus dur qu'à l'état normal; de là l'*induration rouge* dont les auteurs ont parlé, et qu'on observe dans tous les tissus enflammés. Plus tard ce tissu offre moins de résistance que dans les parties environnantes; un filet d'eau versé sur le point ramolli opère une désagrégation des molécules et entraîne la substance cérébrale sous forme de grumeaux, laissant ce point du cerveau comme déchiqueté; plus tard encore les grumeaux de la substance cérébrale sont détachés et baignés d'un liquide blanc grisâtre, jaunâtre, évidemment purulent. Quelquefois on ne trouve qu'une pulpe très molle, ce qui a été désigné par M. Durand-Fardel sous le nom de *ramollissement pulpeux* (1); enfin la maladie ayant encore fait des progrès, on voit la substance s'écouler en partie d'elle-même, laissant une cavité dont les parois sont irrégulières et ramollies à une plus ou moins grande profondeur.

La *tuméfaction*, qui est un des caractères de l'inflammation dans les divers tissus, se montre aussi dans les points enflammés du cerveau. Si le ramollissement est superficiel, on voit, avant de l'inciser, une partie de sa surface faire une saillie plus ou moins considérable.

Il faut joindre à ces lésions des *adhérences* avec les membranes cérébrales, lorsque le ramollissement est voisin de la surface, et l'on peut rapprocher ces adhérences de celles qu'on trouve dans l'abdomen, par exemple, lorsqu'une inflammation superficielle occupe un organe tapissé par le péritoine. Si l'on veut enlever les

(1) On verra plus loin (article *Ramollissement blanc*) ce qu'il faut penser de ce ramollissement pulpeux.

membranes, on entraîne avec elles une portion de la substance cérébrale, qui se détache avec d'autant plus de facilité, qu'elle a perdu sa cohésion.

Dans les cas où le ramollissement a été causé par une lésion antérieure (cancer, tubercules), on trouve ces lésions plus ou moins avancées; mais ce n'est pas ici le lieu de les décrire, et je passerai également sous silence les altérations des autres parties du cerveau qui n'ont pas une importance réelle.

[M. Calmeil (1) a étudié avec le plus grand soin les altérations de la substance cérébrale. A l'état aigu et dans les premiers moments, suivant cet auteur, on trouve au sein de chaque foyer ramolli, des capillaires engorgés et remplis de globules sanguins, un plasma où nagent des cellules granulées et des granules moléculaires, des globules de pus; les fibres cérébrales sont dissociées et quelques-unes sont réduites en menues parcelles. Plus les capillaires engorgés, plus les globules rougis par l'hématosine et extravasés abondent dans un foyer de ramollissement, plus il devient remarquable par la vivacité des teintes qu'on qualifiait anciennement d'inflammatoires.]

Tels sont les lésions qu'il importe de connaître. Disons maintenant un mot de celles qui se montrent dans le cerveau, lorsque la cicatrisation est en voie de se faire, ou est complète. Dans les observations intéressantes de M. Dechambre, nous voyons d'abord la pulpe cérébrale qui enveloppe la portion ramollie reprendre sa coloration normale, puis la partie ramollie elle-même prendre un peu plus de consistance, et paraître dans l'organe comme une espèce de corps étranger. Plus tard on trouve une disposition décrite par cet auteur ainsi que par M. Durand-Fardel, qui lui donne le nom d'*infiltration celluleuse*. On voit au milieu de la pulpe cérébrale, qui a recouvré tous ses caractères normaux, un point plus ou moins étendu, occupé par des lamelles, des fibres celluleuses diversement entrecroisées, et dans lesquelles existe un liquide semblable à du lait de chaux. Il n'est pas douteux qu'avant qu'on eût étudié le ramollissement comme on l'a fait dans ces dernières années, on ait pris assez souvent ces lésions pour des cicatrices résultant d'hémorrhagies cérébrales; mais les auteurs que je viens de citer, examinant attentivement les transformations que subit la pulpe cérébrale ramollie, ont démontré qu'il fallait, dans le plus grand nombre de cas, sinon dans tous, les rapporter à de véritables cicatrices de cérébrite circonscrite. Dans les cas de ce genre, après le ramollissement complet de la pulpe cérébrale, il y a eu résorption, molécule par molécule, de la partie malade.

Dans quelques cas on trouve des destructions considérables du cerveau ou du cervelet (on n'a pas perdu de vue que nous nous occupons à la fois du cerveau, du cervelet et de la protubérance), même chez des sujets qui n'ont pas offert de symptômes très graves pendant la vie. Je citerai en particulier celui qui a été observé par Combette, et dans lequel le cervelet était complétement détruit. M. Louis a vu une portion très considérable du lobe moyen du cerveau entièrement détruite chez un sujet qui avait présenté pour principal symptôme des attaques épileptiformes.

Lallemand a fortement insisté sur une terminaison particulière du ramollissement, qui consiste dans une *induration* de la partie enflammée. La pulpe cérébrale a, dans ces cas, acquis une consistance notablement plus grande, et sa

(1) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859.

coloration est altérée de manière à la faire ressembler quelquefois à du fromage de Gruyère.

§ VI. — Rapport des lésions et des symptômes.

M. Durand-Fardel a expliqué de la manière suivante la succession des symptômes que nous avons exposés plus haut : Lorsque la forme apoplectique se montre avec tous ses caractères dès le début, c'est qu'il s'est fait une congestion sanguine rapide, consistant dans une injection considérable, ou même dans une *infiltration sanguine*, à la suite de laquelle le ramollissement s'est produit. Si, au contraire, on voit les symptômes se succéder graduellement sans perte subite de connaissance, c'est que l'injection s'est faite lentement, comme dans les inflammations ordinaires.

Si maintenant nous recherchons quel est le *rapport des symptômes avec le siége de la lésion*, nous voyons que dans la cérébrite, comme dans l'apoplexie sanguine, la paralysie, et en général tous les troubles du mouvement, se montrent du côté opposé à celui du cerveau où se trouve la lésion. Cependant il faut dire qu'on a cité un plus grand nombre d'exceptions dans les cas de ramollissement cérébral que dans ceux d'hémorrhagie. Quelques-uns de ces cas sont contestables, d'autres paraissent avoir été observés avec la plus grande attention. Du reste, ces exceptions paraissent inexplicables. Toutefois il faut dire que M. Longet (1) ayant plusieurs fois eu l'occasion d'étudier des bulbes rachidiens et des protubérances dans lesquels l'*entrecroisement des fibres médullaires était à peine appréciable*, ces anomalies lui ont paru expliquer bien mieux les paralysies directes que toutes les hypothèses auxquelles on avait eu recours.

Nous n'avons rien à dire de particulier relativement à l'inflammation et au ramollissement du cervelet. Quant au ramollissement de la *protubérance annulaire*, s'il occupe une grande étendue de cette partie de l'organe, il produit la paralysie générale. M. Bouillaud (2) a soutenu que l'inflammation des lobes antérieurs du cerveau produisait la perte de la parole, mais les observations des autres auteurs ont fait voir que cette opinion est contestable dans les cas de ramollissement comme dans ceux d'apoplexie.

Je tiens de M. Louis (3) que dans une vingtaine de cas dans lesquels le ramollissement occupait le corps strié, il a trouvé presque toujours que le ramollissement s'était annoncé par une perte subite de connaissance (forme apoplectique proprement dite). Les autres auteurs ne paraissent pas avoir fixé leur attention sur ce fait qui est important, car il rappoche encore davantage le ramollissement dont il s'agit de l'hémorrhagie cérébrale, puisque nous savons que cette affection a pour siége de prédilection les corps striés.

L'étendue du ramollissement a nécessairement une influence considérable sur les symptômes. Si, par exemple, l'inflammation occupe une grande partie des deux lobes du cerveau, on voit que la perte de connaissance est complète à une époque plus ou moins éloignée, suivant les cas, et que les altérations de la sensibilité et de

(1) *Traité d'anatomie et de physiologie du système nerveux.*, etc. Paris, 1842.

(2) *Archives de médecine*, 1825, t. VIII, p. 25. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1839, t. IV, p. 282 ; 1838, t. XIII, p. 699.

(3) *Recherches inédites*.

la motilité sont générales. Je ne parle pas de ces destructions complètes d'une partie considérable du cerveau ou du cervelet, dont j'ai cité des exemples; ce sont des exceptions curieuses, mais sans importance réelle pour le praticien.

Lorsque le ramollissement occupe une très grande étendue, il envahit ordinairement la substance grise en surface. C'est dans ces cas qu'en enlevant les membranes, on enlève avec elles de nombreuses portions de la substance cérébrale. Mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, les cas de ce genre sont toujours secondaires et sous la dépendance d'une méningite. Suivant M. Calmeil néanmoins (1), il serait impossible d'affirmer que dans ces cas c'est la méningite qui est primitive; mais si l'on compulse les observations, on en voit un trop grand nombre dans lesquelles l'inflammation des membranes est évidemment la maladie principale, pour qu'on puisse conserver des doutes sur ce point. Il y aura, il est vrai, des cas dans lesquels on sera embarrassé pour établir la succession des lésions, mais ce que l'on observe dans le plus grand nombre suffit pour lever la difficulté.

Je n'insisterai par conséquent pas sur les faits de ce genre.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Pour le diagnostic de la cérébrite, ou ramollissement inflammatoire aigu, il faut nécessairement distinguer, comme nous l'avons fait pour les symptômes, la forme apoplectique et la forme ataxique.

Je n'aurais rien d'important à ajouter, relativement à la *forme apoplectique*, à ce que j'ai dit dans l'article précédent sur le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement du cerveau; je ne peux mieux faire, par conséquent, que de renvoyer le lecteur au passage où j'ai traité cette question intéressante (2). J'ajouterai seulement ici que relativement à ces ramollissements, qui ont été placés par M. Durand-Fardel dans la forme apoplectique, quoiqu'il n'y ait pas perte subite de connaissance, il ne saurait y avoir la moindre incertitude.

C'est avec la *méningite* qu'on pourrait principalement confondre la cérébrite à forme ataxique, et, dans ce cas encore, le diagnostic est souvent très difficile, ainsi que l'a remarqué M. Durand-Fardel. Cependant, si l'on considère, avec cet auteur, que le ramollissement se montre particulièrement chez les vieillards, tandis que la méningite est incomparablement plus fréquente dans l'enfance, on trouvera, dans cette circonstance, un moyen de porter un diagnostic probable. En outre, le même auteur a remarqué que, dans le ramollissement, les convulsions, la roideur, la contracture, le tremblement, les douleurs, étaient, plus fréquemment que dans la méningite, bornés à un seul membre ou à un seul côté du corps. On voit qu'il reste encore beaucoup à faire pour donner à ce diagnostic toute la précision désirable.

Quant aux autres affections avec lesquelles on a cru que l'on pourrait confondre le ramollissement cérébral, je ne crois pas devoir m'en occuper ici, parce que ce diagnostic n'a pas d'importance réelle.

Pronostic. — Ce que j'ai dit à propos de la termin [illegible] e me dispense d'entrer dans de grands détails sur son pronostic

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. Encéphalit

(2) Voy. article *Hémorrhagie cérébrale*.

d'abord, et dans lequel le ramollissement chronique succède au ramollissement aigu : ici, au contraire, c'est une cérébrite chronique qui se termine par une cérébrite aiguë.

Enfin on a vu des ramollissements chroniques bien manifestes à l'autopsie, et qui n'avaient donné aucun signe positif pendant la vie. C'est le *ramollissement latent*.

Les *lésions anatomiques* propres au ramollissement chronique sont des *plaques jaunes* consistantes qui se montrent dans les circonvolutions; l'ulcération de ces circonvolutions; la destruction de la substance médullaire. [Suivant M. Calmeil, « l'étude anatomique des foyers d'encéphalite interstitielle chronique embrasse un champ très vaste, car elle résume l'histoire de toutes les transformations que l'exsudation fibrineuse inflammatoire est susceptible de subir au sein de la substance cérébrale, pendant un laps de temps souvent considérable, et l'exposé des mutilations que l'élément nerveux longtemps envahi par l'inflammation est condamné à supporter... Les plaques d'apparence ecchymotique plus ou moins larges, plus ou moins violacées, qu'on rencontre quelquefois dans l'épaisseur des circonvolutions cérébrales et qui ont été parfois désignées sous le nom d'*infiltrations sanguines*, trahissent presque toujours l'existence d'un certain nombre de foyers inflammatoires non récents; il en est de même des ponctuations sanguines noirâtres ou jaunâtres qui se détachent de temps à autre, soit isolément, soit par petits groupes, sur les coupes que l'on pratique avec un scalpel dans l'épaisseur des hémisphères cérébraux.

» La transformation de la substance cérébrale dans un espace limité, en une sorte de pulpe mollasse et comme gommeuse, de couleur grisâtre ou jaunâtre; la présence de petites cavités remplies d'une sorte de gelée d'apparence gommeuse au milieu d'un lobule du cerveau, au sein des couches optiques, des corps striés, etc., décèlent aussi l'action d'une phlegmasie locale chronique...; il en est de même des collections de pus circonscrites ou non par des capsules kysteuses. Il en est de même, enfin, des espaces caverneux plus ou moins vastes représentant maintenant des espèces de cavités ventriculaires tapissées par des membranes accidentelles, et de plusieurs autres productions morbides qui ont fini par prendre domicile dans le cerveau (1). »]

M. Durand-Fardel a, sous le nom de *ramollissement pulpeux*, décrit une altération dont l'origine inflammatoire ne me paraît pas parfaitement démontrée. J'en parlerai à l'article *Ramollissement blanc*.

Le *diagnostic* du ramollissement chronique doit s'établir sur les mêmes bases que celui du ramollissement aigu; seulement il faut dire qu'il est en général beaucoup plus facile. Dans les cas où il survient de nombreuses recrudescences, on peut croire à l'existence de ces hémorrhagies successives et nombreuses dont j'ai cité des exemples plus haut; le diagnostic est alors le même que dans le cas dont j'ai si souvent parlé, et je renvoie les lecteurs au diagnostic de l'apoplexie sanguine.

Il n'y a rien à ajouter à ce que nous avons dit plus haut sur le *pronostic* et sur le *traitement*. L'affection, en effet, n'a pas été envisagée d'une manière particulière, sous ces deux points de vue, par les observateurs.

(1) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.*

J'ajoute seulement que chez une femme qui depuis trois mois offrait les symptômes d'un ramollissement cérébral qui faisait chaque jour des progrès, M. Devay (1), ayant reconnu sur le tibia une exostose syphilitique, prescrivit un *traitement antisyphilitique*, qui fut suivi d'une prompte guérison ; mais on se demande si, dans ce cas, il n'y avait pas simplement une compression du cerveau par une exostose.

ARTICLE IV.

RAMOLLISSEMENT BLANC (*ramollissement non inflammatoire* de quelques auteurs).

C'est une question en litige que celle de savoir s'il existe un ramollissement non inflammatoire. M. Rostan (2) n'hésite pas à regarder certains ramollissements comme non inflammatoires, quoiqu'il ait parfaitement reconnu et démontré que, dans un bon nombre de cas, cette affection est réellement une inflammation du cerveau. Voici comment il s'exprime sur ce point : « Malgré, dit-il, toutes les raisons que nous venons de donner en faveur de la nature inflammatoire du ramollissement cérébral, nous ne saurions croire qu'il soit constamment l'effet d'une inflammation ; d'abord, parce que, dans le plus grand nombre des circonstances, il n'existe aucun des signes qui caractérisent cet état ; la diminution de contractilité et de sensibilité, la paralysie, la stupeur, l'inertie de l'intelligence, sont des symptômes infiniment plus fréquents que les phénomènes contraires, c'est-à-dire que la contracture, les douleurs des membres, le délire. Ces derniers annoncent sans doute une exaltation dans les propriétés dites vitales du cerveau ; mais les premiers, qui sont plus ordinaires, indiquent une altération d'une nature tout opposée ; souvent il n'a pas existé de douleurs de tête ; la couleur de la substance du cerveau n'est nullement changée ; il n'existe aucune tuméfaction ni aucun symptôme fébrile ; il nous semble impossible alors d'admettre que ce soit une phlegmasie. Enfin cette altération arrive chez des vieillards et dans des circonstances entièrement opposées à celles qui donnent naissance aux phlegmasies. »

Abercrombie partage l'opinion de M. Rostan, et pense que, dans un certain nombre de cas, il existe une *gangrène du cerveau*, occasionnée elle-même par une oblitération des vaisseaux. M. Bouchut (3) a cité des cas en faveur de cette opinion. M. Lenoir (4) a rapporté trois observations dans lesquelles le ramollissement coïncidait avec une gangrène des extrémités produite par l'oblitération des artères. Le docteur Robert Law (5) a également attribué à la suspension de la circulation dans un point du cerveau un certain nombre de ramollissements.

On a fait encore remarquer que, dans les ramollissements de ce genre, la substance cérébrale ne présente pas de destruction proprement dite, et que, sauf une diminution de consistance plus ou moins considérable, et une décoloration marquée, il n'y a pas de lésions profondes de la pulpe nerveuse. C'est là ce que M. Durand-Fardel a désigné sous le nom de *ramollissement pulpeux*. En outre, on a constaté

(1) *Gazette médicale de Lyon*, et *Journal des connaiss. médico-chirurg.*, 1er juillet 1851.
(2) *Loc. cit.*, p. 185.
(3) *Annales de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1850.
(4) *Thèse*. Paris, 1837.
(5) Voyez *Gazette médicale*, 1840.

circonstances essentielles dans lesquelles cette guérison a lieu, ce qui serait néanmoins le point le plus important. On peut dire d'une manière générale que la mort est la règle dans les cas de ramollissement inflammatoire aigu.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne m'étendrai pas longuement sur les lésions anatomiques, pour la description desquelles néanmoins les matériaux ne me manqueraient pas, car un bon nombre d'auteurs, parmi lesquels je citerai MM. Rostan, Lallemand, Andral, Carswel, Dechambre, Durand-Fardel, en ont fait l'objet des plus intéressantes recherches; mais je dois me borner à dire ce qu'il y a de plus important sur ce point.

Le siége de la lésion est très variable, car on a trouvé le ramollissement inflammatoire aigu dans tous les points du cerveau. Cependant, d'après les relevés de M. Durand-Fardel, c'est dans les circonvolutions cérébrales qu'on l'observe ordinairement, et dans ce cas près d'un tiers des sujets ne présente de lésion que dans la substance grise. Viennent ensuite les divers points du cerveau à peu près dans l'ordre dans lequel se montre l'hémorrhagie cérébrale ; ainsi les corps striés, les couches optiques, la protubérance.

La *couleur* du tissu ramolli a de l'importance; elle varie suivant les époques de la maladie. A une époque rapprochée du début, elle est d'un rouge plus ou moins foncé, brune, lie de vin, etc.; en un mot, elle présente les diverses nuances que peut lui donner une quantité surabondante de sang, comme tous les tissus enflammés. Plus tard cette coloration devient d'un jaune plus ou moins vif, verdâtre, grisâtre, et elle dépend alors de l'infiltration purulente.

La *consistance* varie aussi beaucoup, non-seulement suivant l'ancienneté du mal, mais encore suivant les cas. A une époque très rapprochée du début, le tissu paraît plus dur qu'à l'état normal; de là l'*induration rouge* dont les auteurs ont parlé, et qu'on observe dans tous les tissus enflammés. Plus tard ce tissu offre moins de résistance que dans les parties environnantes; un filet d'eau versé sur le point ramolli opère une désagrégation des molécules et entraîne la substance cérébrale sous forme de grumeaux, laissant ce point du cerveau comme déchiqueté ; plus tard encore les grumeaux de la substance cérébrale sont détachés et baignés d'un liquide blanc grisâtre, jaunâtre, évidemment purulent. Quelquefois on ne trouve qu'une pulpe très molle, ce qui a été désigné par M. Durand-Fardel sous le nom de *ramollissement pulpeux* (1); enfin la maladie ayant encore fait des progrès, on voit la substance s'écouler en partie d'elle-même, laissant une cavité dont les parois sont irrégulières et ramollies à une plus ou moins grande profondeur.

La *tuméfaction*, qui est un des caractères de l'inflammation dans les divers tissus, se montre aussi dans les points enflammés du cerveau. Si le ramollissement est superficiel, on voit, avant de l'inciser, une partie de sa surface faire une saillie plus ou moins considérable.

Il faut joindre à ces lésions des *adhérences* avec les membranes cérébrales, lorsque le ramollissement est voisin de la surface, et l'on peut rapprocher ces adhérences de celles qu'on trouve dans l'abdomen, par exemple, lorsqu'une inflammation superficielle occupe un organe tapissé par le péritoine. Si l'on veut enlever les

(1) On verra plus loin (article *Ramollissement blanc*) ce qu'il faut penser de ce ramollissement pulpeux.

membranes, on entraîne avec elles une portion de la substance cérébrale, qui se détache avec d'autant plus de facilité, qu'elle a perdu sa cohésion.

Dans les cas où le ramollissement a été causé par une lésion antérieure (cancer, tubercules), on trouve ces lésions plus ou moins avancées; mais ce n'est pas ici le lieu de les décrire, et je passerai également sous silence les altérations des autres parties du cerveau qui n'ont pas une importance réelle.

[M. Calmeil (1) a étudié avec le plus grand soin les altérations de la substance cérébrale. A l'état aigu et dans les premiers moments, suivant cet auteur, on trouve au sein de chaque foyer ramolli, des capillaires engorgés et remplis de globules sanguins, un plasma où nagent des cellules granulées et des granules moléculaires, des globules de pus; les fibres cérébrales sont dissociées et quelques-unes sont réduites en menues parcelles. Plus les capillaires engorgés, plus les globules rougis par l'hématosine et extravasés abondent dans un foyer de ramollissement, plus il devient remarquable par la vivacité des teintes qu'on qualifiait anciennement d'inflammatoires.]

Tels sont les lésions qu'il importe de connaître. Disons maintenant un mot de celles qui se montrent dans le cerveau, lorsque la cicatrisation est en voie de se faire, ou est complète. Dans les observations intéressantes de M. Dechambre, nous voyons d'abord la pulpe cérébrale qui enveloppe la portion ramollie reprendre sa coloration normale, puis la partie ramollie elle-même prendre un peu plus de consistance, et paraître dans l'organe comme une espèce de corps étranger. Plus tard on trouve une disposition décrite par cet auteur ainsi que par M. Durand-Fardel, qui lui donne le nom d'*infiltration celluleuse*. On voit au milieu de la pulpe cérébrale, qui a recouvré tous ses caractères normaux, un point plus ou moins étendu, occupé par des lamelles, des fibres celluleuses diversement entrecroisées, et dans lesquelles existe un liquide semblable à du lait de chaux. Il n'est pas douteux qu'avant qu'on eût étudié le ramollissement comme on l'a fait dans ces dernières années, on ait pris assez souvent ces lésions pour des cicatrices résultant d'hémorrhagies cérébrales; mais les auteurs que je viens de citer, examinant attentivement les transformations que subit la pulpe cérébrale ramollie, ont démontré qu'il fallait, dans le plus grand nombre de cas, sinon dans tous, les rapporter à de véritables cicatrices de cérébrite circonscrite. Dans les cas de ce genre, après le ramollissement complet de la pulpe cérébrale, il y a eu résorption, molécule par molécule, de la partie malade.

Dans quelques cas on trouve des destructions considérables du cerveau ou du cervelet (on n'a pas perdu de vue que nous nous occupons à la fois du cerveau, du cervelet et de la protubérance), même chez des sujets qui n'ont pas offert de symptômes très graves pendant la vie. Je citerai en particulier celui qui a été observé par Combette, et dans lequel le cervelet était complétement détruit. M. Louis a vu une portion très considérable du lobe moyen du cerveau entièrement détruite chez un sujet qui avait présenté pour principal symptôme des attaques épileptiformes.

Lallemand a fortement insisté sur une terminaison particulière du ramollissement, qui consiste dans une *induration* de la partie enflammée. La pulpe cérébrale a, dans ces cas, acquis une consistance notablement plus grande, et sa

(1) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859.

coloration est altérée de manière à la faire ressembler quelquefois à du fromage de Gruyère.

§ VI. — Rapport des lésions et des symptômes.

M. Durand-Fardel a expliqué de la manière suivante la succession des symptômes que nous avons exposés plus haut : Lorsque la forme apoplectique se montre avec tous ses caractères dès le début, c'est qu'il s'est fait une congestion sanguine rapide, consistant dans une injection considérable, ou même dans une *infiltration sanguine*, à la suite de laquelle le ramollissement s'est produit. Si, au contraire, on voit les symptômes se succéder graduellement sans perte subite de connaissance, c'est que l'injection s'est faite lentement, comme dans les inflammations ordinaires.

Si maintenant nous recherchons quel est le *rapport des symptômes avec le siége de la lésion*, nous voyons que dans la cérébrite, comme dans l'apoplexie sanguine, la paralysie, et en général tous les troubles du mouvement, se montrent du côté opposé à celui du cerveau où se trouve la lésion. Cependant il faut dire qu'on a cité un plus grand nombre d'exceptions dans les cas de ramollissement cérébral que dans ceux d'hémorrhagie. Quelques-uns de ces cas sont contestables, d'autres paraissent avoir été observés avec la plus grande attention. Du reste, ces exceptions paraissent inexplicables. Toutefois il faut dire que M. Longet (1) ayant plusieurs fois eu l'occasion d'étudier des bulbes rachidiens et des protubérances dans lesquels l'*entrecroisement des fibres médullaires était à peine appréciable*, ces anomalies lui ont paru expliquer bien mieux les paralysies directes que toutes les hypothèses auxquelles on avait eu recours.

Nous n'avons rien à dire de particulier relativement à l'inflammation et au ramollissement du cervelet. Quant au ramollissement de la *protubérance annulaire*, s'il occupe une grande étendue de cette partie de l'organe, il produit la paralysie générale. M. Bouillaud (2) a soutenu que l'inflammation des lobes antérieurs du cerveau produisait la perte de la parole, mais les observations des autres auteurs ont fait voir que cette opinion est contestable dans les cas de ramollissement comme dans ceux d'apoplexie.

Je tiens de M. Louis (3) que dans une vingtaine de cas dans lesquels le ramollissement occupait le corps strié, il a trouvé presque toujours que le ramollissement s'était annoncé par une perte subite de connaissance (forme apoplectique proprement dite). Les autres auteurs ne paraissent pas avoir fixé leur attention sur ce fait qui est important, car il rappoche encore davantage le ramollissement dont il s'agit de l'hémorrhagie cérébrale, puisque nous savons que cette affection a pour siége de prédilection les corps striés.

L'étendue du ramollissement a nécessairement une influence considérable sur les symptômes. Si, par exemple, l'inflammation occupe une grande partie des deux lobes du cerveau, on voit que la perte de connaissance est complète à une époque plus ou moins éloignée, suivant les cas, et que les altérations de la sensibilité et de

(1) *Traité d'anatomie et de physiologie du système nerveux.*, etc. Paris, 1842.

(2) *Archives de médecine*, 1825, t. VIII, p. 25. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1839, t. IV, p. 282 ; 1838, t. XIII, p. 699.

(3) *Recherches inédites*.

la motilité sont générales. Je ne parle pas de ces destructions complètes d'une partie considérable du cerveau ou du cervelet, dont j'ai cité des exemples; ce sont des exceptions curieuses, mais sans importance réelle pour le praticien.

Lorsque le ramollissement occupe une très grande étendue, il envahit ordinairement la substance grise en surface. C'est dans ces cas qu'en enlevant les membranes, on enlève avec elles de nombreuses portions de la substance cérébrale. Mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, les cas de ce genre sont toujours secondaires et sous la dépendance d'une méningite. Suivant M. Calmeil néanmoins (1), il serait impossible d'affirmer que dans ces cas c'est la méningite qui est primitive; mais si l'on compulse les observations, on en voit un trop grand nombre dans lesquelles l'inflammation des membranes est évidemment la maladie principale, pour qu'on puisse conserver des doutes sur ce point. Il y aura, il est vrai, des cas dans lesquels on sera embarrassé pour établir la succession des lésions, mais ce que l'on observe dans le plus grand nombre suffit pour lever la difficulté.

Je n'insisterai par conséquent pas sur les faits de ce genre.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Pour le diagnostic de la cérébrite, ou ramollissement inflammatoire aigu, il faut nécessairement distinguer, comme nous l'avons fait pour les symptômes, la forme apoplectique et la forme ataxique.

Je n'aurais rien d'important à ajouter, relativement à la *forme apoplectique*, à ce que j'ai dit dans l'article précédent sur le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement du cerveau; je ne peux mieux faire, par conséquent, que de renvoyer le lecteur au passage où j'ai traité cette question intéressante (2). J'ajouterai seulement ici que relativement à ces ramollissements, qui ont été placés par M. Durand-Fardel dans la forme apoplectique, quoiqu'il n'y ait pas perte subite de connaissance, il ne saurait y avoir la moindre incertitude.

C'est avec la *méningite* qu'on pourrait principalement confondre la cérébrite à forme ataxique, et, dans ce cas encore, le diagnostic est souvent très difficile, ainsi que l'a remarqué M. Durand-Fardel. Cependant, si l'on considère, avec cet auteur, que le ramollissement se montre particulièrement chez les vieillards, tandis que la méningite est incomparablement plus fréquente dans l'enfance, on trouvera, dans cette circonstance, un moyen de porter un diagnostic probable. En outre, le même auteur a remarqué que, dans le ramollissement, les convulsions, la roideur, la contracture, le tremblement, les douleurs, étaient, plus fréquemment que dans la méningite, bornés à un seul membre ou à un seul côté du corps. On voit qu'il reste encore beaucoup à faire pour donner à ce diagnostic toute la précision désirable.

Quant aux autres affections avec lesquelles on a cru que l'on pourrait confondre le ramollissement cérébral, je ne crois pas devoir m'en occuper ici, parce que ce diagnostic n'a pas d'importance réelle.

Pronostic. — Ce que j'ai dit à propos de la terminaison de la maladie me dispense d'entrer dans de grands détails sur son pronostic. C'est une affection des plus

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. ENCÉPHALITE.
(2) Voy. article *Hémorrhagie cérébrale*.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les abcès proprement dits du cerveau sont caractérisés par une accumulation de pus ordinairement bien lié, parfois floconneux, blanc, grisâtre, verdâtre; ayant habituellement une odeur fade, quelquefois fétide; presque toujours épais, lié, filant, comme le pus des abcès des autres parties du corps.

Les parois de la cavité qui contient ce liquide méritent une mention particulière. Fréquemment il se forme autour du foyer un kyste pseudo-membraneux, tomenteux à sa surface interne, plus ou moins dense à sa surface contiguë à la substance cérébrale environnante, de couleur rougeâtre plus ou moins foncée ou violacée. Autour, la pulpe cérébrale a ordinairement perdu sa consistance; elle est quelquefois évidemment enflammée, et quelquefois aussi elle présente les caractères du ramollissement blanc décrit plus haut.

Dans les cas où l'abcès n'est pas enkysté, les parois sont irrégulières, présentent souvent des points rougeâtres et sont plus ou moins ramollies. La collection purulente, ordinairement d'une abondance médiocre, est dans quelques cas très considérable, puisqu'on a vu jusqu'à 90 grammes de pus et plus encore dans un seul abcès.

On trouve, chez certains sujets, plusieurs abcès dans des siéges plus ou moins éloignés; le plus souvent il n'en existe qu'un seul dans la pulpe cérébrale. Lorsqu'ils sont très près des membranes, celles-ci présentent ordinairement des adhérences et d'autres traces d'inflammation. Dans les cas de violence extérieure, on voit sur le crâne, sur les membranes, des traces semblables, suites de la lésion traumatique. Il en est quelquefois de même dans les cas d'otorrhée supprimée, parce que celle-ci était produite par une lésion du rocher ou des parties environnantes; mais ce n'est pas là, à beaucoup près, une règle sans exception. On a cité des cas où des abcès sont survenus à la suite de la suppression d'un écoulement d'oreille, sans qu'il y eût aucune lésion des os ni des membranes qui les recouvrent, et celui dont j'ai parlé plus haut est de ce nombre.

Cette simple indication des lésions est très suffisante pour l'intelligence de ce sujet, bien moins intéressant, dans l'état actuel de la science, pour le praticien que pour l'anatomo-pathologiste.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il serait inutile d'insister longuement sur le diagnostic de cette maladie, qui est nécessairement très incertain. Voici les circonstances qui peuvent guider le médecin. Si, à la suite d'une violence extérieure, après les premiers symptômes, et après une agitation assez vive, il survient une paralysie, on peut soupçonner une collection purulente. Il en est de même dans les cas où une céphalalgie vive et persistante succède à la suppression d'un écoulement chronique de l'oreille; si, dans ces cas, l'intelligence devient très obtuse, et si une paralysie se déclare, le diagnostic acquiert un assez grand degré de probabilité. Voilà tout ce que nous savons de plus positif.

De ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie, on doit conclure que le *pronostic* est des plus graves.

§ VII. — Traitement.

J'ai bien peu de choses à dire du traitement. Il est à très peu près le même que celui du ramollissement inflammatoire, affection qui, ainsi que je l'ai reconnu plus haut, pourrait à la rigueur ne pas être distinguée de celle qui nous occupe, car il s'agit toujours de l'inflammation du cerveau. On a quelquefois, comme je l'ai fait remarquer, pratiqué avec succès l'*ouverture du foyer purulent* dans les cas d'abcès traumatiques; mais l'incertitude du diagnostic, considéré d'une manière absolue, et celle non moins grande qui règne sur le siége positif des collections purulentes, ont nécessairement éloigné toute idée d'opération dans les cas d'abcès survenus spontanément.

Le peu de données positives sur le diagnostic, l'absence de toute particularité importante sur le traitement, l'inutilité même de tous les traitements employés jusqu'à ce jour, sont des excuses suffisantes pour la rapidité avec laquelle je glisse sur cette affection, et à plus forte raison ces considérations m'autoriseront-elles à ne m'étendre que très peu sur les autres lésions du cerveau que j'ai encore à exposer. Nous allons voir, en effet, les incertitudes s'accroître, et l'incurabilité ne plus offrir le moindre doute. Dans un ouvrage pratique on doit nécessairement sacrifier ces affections, qui n'ont qu'un intérêt d'anatomie pathologique, pour pouvoir entrer dans tous les détails que comportent les maladies bien étudiées, et dans lesquelles le traitement a une action, quelque légère qu'elle soit.

ARTICLE VI.

CANCER DU CERVEAU.

Parmi toutes les affections dont je viens de parler, et qui ne méritent pas de grands développements, le *cancer du cerveau* et *du cervelet* tient sans contredit la première place. Sauf son caractère de chronicité, qui sépare cette maladie de la plupart de celles que nous avons étudiées plus haut, et cette circonstance qu'un cancer apparent peut se montrer et se montre souvent dans une autre partie du corps, on n'a, en effet, pour se guider dans le diagnostic de cette maladie incurable, rien de certain, rien de positif (1).

Le cancer du cerveau est une affection rare; la science en possède néanmoins un certain nombre d'observations, mais c'est uniquement parce qu'elles ont été recueillies avec empressement.

On a voulu rattacher cette maladie à l'encéphalite diffuse et à quelques autres inflammations de l'encéphale; mais on n'a fourni aucune preuve convaincante en faveur de cette opinion.

Les *symptômes* du cancer du cerveau sont les suivants : *céphalalgie* avec ou sans paroxysme douloureux; *paralysie* variable, occupant tantôt un membre, tantôt une moitié du corps, souvent incomplète; *perte de la vue, de l'ouïe ; convulsions, accès épileptiformes;* rarement *lésion de la sensibilité, débilitation* gé-

(1) Voy. Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer*. Paris, 1851, in-8.

nérale; *troubles* plus ou moins marqués *de l'intelligence*, souvent une simple *hébétude;* du reste, pendant un temps assez long, toutes les autres fonctions peuvent continuer à se faire d'une manière normale.

Je n'insiste pas sur ces symptômes, qui, dans les différents cas, présentent de nombreuses variétés, et la raison en est bien simple : c'est qu'il n'en est aucun qui soit constant, et que l'on ne peut pas même indiquer un ensemble de phénomènes qui appartiennent plutôt à la lésion qui nous occupe qu'à toute autre affection chronique. Dans quelques cas même, la maladie a été complétement *latente*, au moins pendant une assez grande partie de son cours.

Ce qu'il y a de remarquable dans la *marche de l'affection*, c'est qu'elle est ordinairement fort lente, surtout dans les premiers temps. Il arrive parfois qu'à certaines époques le mal fait tout à coup des progrès rapides qui s'annoncent par les convulsions, les attaques épileptiformes, etc., dont nous avons parlé plus haut, et qui, au bout d'un certain temps, font place à une amélioration de durée variable. Dans un relevé d'observations fait par M. Calmeil, on voit que le cancer du cerveau a généralement une *durée* qui varie d'un à trois ou quatre ans. Quant à la *terminaison*, elle est constamment fatale.

Je ne ferai qu'indiquer les *lésions anatomiques*. On a trouvé, dans le cerveau ou dans le cervelet des individus qui ont succombé à cette affection, des tumeurs d'un volume très variable, irrégulières et présentant l'aspect du squirrhe, de l'encéphaloïde, du cancer colloïde. Le tissu environnant est ordinairement ramolli à un assez haut degré, et présente des traces d'inflammation plus ou moins profondes; c'est même à ces lésions qu'on rapporte généralement les symptômes si variables dont nous venons de faire une mention rapide; cependant, dans un certain nombre de cas, la substance environnante conserve ses caractères normaux. Lorsque la lésion est contiguë aux membranes, celles-ci sont adhérentes et présentent des traces d'altération chronique.

Le *traitement* de cette affection n'est nécessairement que palliatif. On emploie, si le diagnostic a pu être porté avec une certaine probabilité, le traitement du cancer en général, tant que les phénomènes de la maladie ne font pas croire à l'existence d'un ramollissement environnant. Dans le cas où ce ramollissement se manifeste par les symptômes qui lui sont propres, on lui oppose le traitement de la *cérébrite*, en ayant égard toutefois à l'état de débilitation du malade.

ARTICLE VII.

TUBERCULES DU CERVEAU.

Les raisons que j'ai eu plusieurs fois occasion de donner précédemment m'engagent à traiter très rapidement des tubercules du cerveau.

Les tubercules se montrent rarement dans la substance cérébrale. M. Louis, qui a étudié la phthisie pulmonaire sur un si grand nombre de sujets, et qui a recherché les tubercules dans un si grand nombre d'autres affections, n'a trouvé qu'une très petite proportion de cas de ce genre. Cependant nous en possédons plusieurs exemples, parce que sous le rapport de l'anatomie pathologique surtout, le cerveau a été étudié avec grand soin dans ces dernières années.

Il est bien rare qu'il existe des tubercules dans le cerveau sans qu'il y en ait dans les poumons, et assez souvent dans plusieurs autres organes.

MM. Barthez et Rilliet n'ont observé que douze fois cette affection sur le très grand nombre d'enfants dont ils ont étudié les maladies.

Les *symptômes* sont variables, et n'ont rien de parfaitement caractéristique. Parfois, et M. Louis en a cité un exemple remarquable (1), il existe à peine quelques légers symptômes, comme un peu de céphalalgie, quelques étourdissements passagers.

Le symptôme le plus remarquable, mais qui n'est pas constant, consiste dans des *accès épileptiformes* revenant à des intervalles variables. Suivant M. Gendrin, on pourrait, à certaines particularités de ces accès, reconnaître non-seulement l'existence d'un tubercule, mais encore son siége : « Les accidents, dit-il (2), se caractérisent, *quand les tubercules occupent un pédoncule cérébral*, par cette circonstance, qu'*ils commencent dans une extrémité abdominale, et s'étendent successivement à tout le côté du corps, le même que celui du pédoncule affecté*. Pendant longtemps les convulsions épileptiques restent limitées à cette moitié du corps, et ce n'est qu'après plusieurs années qu'elles deviennent générales ; *mais toujours encore, dans ce cas, elles débutent par le membre et le côté affectés primitivement.*

» *Quand les tubercules occupent le mésocéphale, c'est dans les muscles du visage, et particulièrement dans ceux de la bouche, que les accidents convulsifs commencent ;* ils sont longtemps bornés à des convulsions fréquentes et involontaires de la bouche, *qui, même quand les convulsions épileptiques sont générales,* se répètent plusieurs fois par jour, tandis qu'il ne survient de paroxysme épileptique complet que beaucoup plus rarement. Lors des tubercules du mésocéphale, il est très rare que les accidents épileptiques occupent une moitié du corps comme ceux des pédoncules. »

Je livre à l'appréciation du lecteur ces assertions de M. Gendrin. Aucun autre auteur, depuis l'époque où ces lignes ont été écrites, n'est arrivé à un semblable résultat, et si j'en juge par un certain nombre d'observations que j'ai parcourues, on s'exposerait à de nombreuses déceptions, en prenant au pied de la lettre ce que dit M. Gendrin.

Voici maintenant quels sont les symptômes constatés par MM. Barthez et Rilliet, dans vingt-deux observations qu'ils ont recueillies ou empruntées aux auteurs, et qu'ils ont analysées avec leur exactitude habituelle.

Ordinairement le début est marqué par des convulsions ; quelquefois c'est par une céphalalgie vive et lancinante, plus rarement par la paralysie, et bien plus rarement encore par la contracture ou l'exaltation de la sensibilité.

« Les *convulsions* (accès épileptiformes), ajoutent ces auteurs (3), se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et après elles on constate de la faiblesse musculaire, de la *paralysie* des parties convulsées, ou de la contracture qui a souvent lieu dans le côté paralysé, ou bien la *diminution* ou l'*abolition de la vision*, le *strabisme*, la *dilatation des pupilles*, la *perte de l'intelligence*. D'autres fois c'est la *céphalalgie* qui prédomine ; elle revient par *accès violents* durant plu-

(1) *Rech. sur la phthisie*, 2ᵉ édit. Paris, 1843.
(2) *Rech. sur les tubercules du cerveau*. Paris, 1823.
(3) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. III, p. 553.

sieurs heures ; ou bien c'est la paralysie qui persiste et qui s'étend à d'autres parties du corps que celles primitivement envahies. Ces différents symptômes se combinent de plusieurs manières différentes ; *ils n'offrent rien de régulier dans leur marche et leur durée.* »

Cette citation suffit pour faire voir tout le vague où est encore l'histoire de cette maladie. Tout ce qu'il nous est permis de dire relativement au diagnostic, c'est que si chez un sujet présentant des tubercules dans d'autres organes, et surtout dans les poumons, on voit survenir des accès épileptiformes avec céphalalgie plus ou moins vive, affaiblissement de l'intelligence et diminution dans l'énergie des mouvements d'un côté du corps, on doit regarder comme probable l'existence des tubercules dans le cerveau ; mais l'état actuel de la science ne nous permet pas d'aller au delà de cette probabilité.

A l'ouverture des sujets, on trouve, dans un point variable du cerveau ou du cervelet, des tumeurs arrondies, ordinairement fermes, se laissant écraser sous les doigts, d'aspect caséeux ; quelquefois elles sont ramollies et présentent des grumeaux caséeux nageant dans un liquide plus ou moins épais. Dans ce dernier cas, il s'est formé autour du tubercule ramolli une pseudo-membrane assez épaisse et vasculaire. Suivant M. Gendrin, les tubercules, même à l'état cru, seraient toujours enkystés ; mais MM. Louis et Andral ont cité des faits dans lesquels cette disposition n'existait pas. M. Gendrin a en outre mentionné des cas où le kyste ne contenait qu'un pus jaune verdâtre ; mais il a été trompé par des abcès enkystés.

Dans une observation recueillie par M. Gallard (1), alors interne dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, on trouva une seule tumeur, occupant l'hémisphère gauche, ovalaire, d'une coloration blanchâtre, saillante au-dessus des circonvolutions, ayant 2 centimètres environ de diamètre, non enkystée, et formée par de la matière tuberculeuse. Cette tumeur, qui occupait à la fois la substance blanche, la substance grise, et les membranes, à l'exception de la dure-mère, était entourée par de la substance cérébrale ramollie. Ce ramollissement considérable était blanc et n'avait nullement la teinte jaunâtre notée dans quelques cas où il était dû à la fonte du tubercule lui-même. Le sujet était phthisique.

Il est évident qu'il n'y a qu'un *traitement palliatif* à opposer à cette affection, et c'est celui des tubercules en général. Chez les enfants, ainsi que l'ont observé MM. Barthez et Rilliet, il survient fréquemment une *hydrocéphale aiguë* qui est une cause de mort rapide. On doit alors mettre en usage, dans toute son énergie, le traitement de cette affection intercurrente (2).

ARTICLE VIII.

HYDATIDES DU CERVEAU, CYSTICERQUES.

Les vers vésiculaires de l'encéphale peuvent-ils être diagnostiqués ? Peut-on leur opposer des moyens de traitement efficace ? A ces deux questions nous devons répondre par la négative ; et dès lors ce sujet perd tout intérêt pour nous. Je dirai donc seulement que les vers vésiculaires peuvent exister dans le cerveau sans pro-

(1) *Observation de tubercule du cerveau.* Paris, 1852.
(2) Voy. *Hydrocéphale aiguë, Méningite.*

duire de symptômes ; que, lorsqu'ils en produisent, c'est à la compression qu'ils exercent par leur accroissement qu'il faut les attribuer ; que ces symptômes sont par conséquent d'autant plus intenses, que les vers deviennent plus rapidement volumineux, et que parmi ces symptômes les principaux sont la paralysie partielle, augmentant dans le cours de la maladie, quelquefois n'occupant qu'une paupière, qu'un œil ; les vertiges, les convulsions, l'affaiblissement de l'intelligence.

M. le docteur Drewry Ottley (1) a rapporté un cas d'*accès convulsifs* précédés pendant un temps assez long d'*étourdissements fréquents* et de *douleurs sourdes dans la tête*, dont la cause était la présence de *cysticerques* couvrant la surface des hémisphères et pénétrant dans les circonvolutions.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés des maladies cérébrales ont cité des exemples de vers vésiculaires de l'encéphale. Je citerai, entre autres, le fait rapporté par M. Louis (2), qui est un exemple de cysticerques développés dans la pie-mère et pénétrant dans le cerveau ; celui qu'a cité M. Guesnard (3), et dans lequel les hydatides se sont manifestement développées entre la dure-mère et le crâne, et ont ensuite comprimé le cerveau ; ceux que nous ont fait connaître MM. Calmeil (4), Cruveilhier (5), Bouvier (6), Andral, H. Lebert, Davaine. Ce dernier auteur a bien mérité de la science en réunissant et discutant tous les faits connus (7).

ARTICLE IX.

HYPERTROPHIE DU CERVEAU.

Quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer particulièrement Dance (8) et M. Andral, nous ont fourni sur l'hypertrophie du cerveau quelques renseignements qui sont loin d'être dépourvus d'intérêt ; mais on ne peut pas dire qu'on en ait fait encore une affection facile à distinguer. Je ne m'y arrêterai pas longtemps.

D'après un relevé présenté par les auteurs du *Compendium* (tome II), l'affection se montre chez les enfants et chez les adultes ; elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et la seule circonstance étiologique un peu importante que l'on ait remarquée, c'est qu'on l'a trouvée beaucoup plus souvent chez des sujets qui ont été, par leur profession, exposés aux *émanations saturnines*, que chez tous les autres.

La description rapide que les auteurs du *Compendium* ont empruntée à Dance suffit pour faire connaître les principaux caractères symptomatologiques de l'affection. La voici : « La maladie s'annonce par des *céphalalgies violentes*, sujettes à des exacerbations, *un état obtus des facultés intellectuelles* joint à la céphalalgie, une perversion de ces mêmes facultés, des *étourdissements* fréquents accompagnés de stupeur ; plus tard elle donne lieu à des *accès convulsifs* répétés, ou bien elle produit tout à coup une *perte presque générale du sentiment et du mouvement.*

(1) *London medico-chirur. Transact.*, t. XXVII, 1844.
(2) *Recherches sur la phthisie.*
(3) *Journ. hebdom.*, 1836.
(4) *Journ. hebdom. de méd.* Paris, 1829, t. I, p. 44.
(5) *Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, art. ENTOZOAIRES.
(6) *Bull. de l'Acad. de médecine.* Paris, 1840, t. IV, p. 55.
(7) *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses.* Paris, 1859.
(8) *Répert. gén. d'anat.*, etc., par G. Breschet. Paris, 1828, t. V, p. 355.

Le *pouls* est lent ; la *température de la peau* est naturelle ; enfin la mort survient inopinément dans le cours d'un accès. »

Nous n'avons que des données incertaines sur tous les autres points de l'histoire de cette affection, sur laquelle j'insiste d'autant moins que j'aurai à y revenir en parlant des *affections saturnines*. Son *diagnostic* n'a aucune certitude. Combien de fois les symptômes précédemment décrits ne se sont-ils pas montrés chez des sujets empoisonnés par le plomb, sans qu'on ait trouvé la moindre hypertrophie du cerveau ?

C'est également à propos des affections saturnines que je dirai quelques mots du seul *traitement* qu'il soit permis de regarder comme efficace contre cette affection, ou du moins contre ses symptômes, qui peuvent, je le répète, très bien exister en l'absence de toute lésion.

Je ne crois pas devoir pousser plus loin l'étude des affections cérébrales. Qu'aurais-je à dire de l'*atrophie*, de l'*œdème*, de l'*induration*, des *productions graisseuses et calculeuses* du cerveau, qui pût être de quelque utilité au praticien ? Un jour viendra peut-être où ces lésions sortiront du domaine exclusif de l'anatomie pathologique, et alors on pourra en tracer une histoire complète. En attendant, il vaut mieux, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, les passer complétement sous silence, quelque intérêt qu'elles puissent avoir à certains points de vue.

CHAPITRE II.

MALADIES DES MÉNINGES CÉRÉBRO-SPINALES.

Parmi les affections qui occupent à la fois les membranes du cerveau et celles de la moelle, il n'en est guère qu'une qui mérite une description détaillée : c'est la méningite cérébro-spinale épidémique, dont nous avons vu, dans ces dernières années, des exemples si frappants, et qui, d'après un article du *Journal médical de Dublin* que j'ai actuellement sous les yeux, a sévi tout récemment en Irlande. On a néanmoins cité des faits intéressants de méningite cérébro-rachidienne sporadique, et l'on a vu, dans plusieurs cas, l'hémorrhagie des méninges se faire à la fois dans l'encéphale et dans le rachis (1) ; mais il suffira de dire quelques mots de ces affections, dont on obtient facilement la description en réunissant les symptômes de la maladie bornée à l'encéphale à ceux de la maladie bornée à la moelle épinière.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE CÉPHALO-RACHIDIENNE.

Il arrive parfois, ainsi que l'ont démontré les auteurs que je viens de citer, que l'on trouve le sang épanché à la fois dans les membranes du cerveau et dans les membranes de la moelle. Or l'observation a prouvé que, bien rarement, l'exhala-

(1) Voy. Prus, Boudet, etc., *loc. cit.*

tion sanguine s'est effectuée en même temps dans l'un et l'autre de ces points. Il arrive presque toujours que l'hémorrhagie s'étant primitivement produite dans les méninges cérébrales, le liquide s'est frayé un passage jusque dans le canal rachidien.

Lorsqu'il en est ainsi, on voit, dès le début ou peu de temps après l'apparition des symptômes que nous avons décrits en parlant de l'hémorrhagie des membranes cérébrales, exister de la *douleur* le long de la colonne vertébrale, de la *roideur* du tronc et des *convulsions* plus ou moins violentes; mais n'oublions pas que ces symptômes se montrent aussi dans un certain nombre de cas où la maladie est bornée à l'encéphale, et nous en conclurons qu'il doit être infiniment difficile de reconnaître pendant la vie le passage du sang dans le rachis. La douleur seule est un bon caractère; mais elle peut être complétement masquée par les symptômes cérébraux.

Il serait par conséquent inutile d'insister plus longuement sur cette affection, dans laquelle la lésion cérébrale absorbe nécessairement presque toute l'attention, et qui d'ailleurs, sous le rapport du traitement, ne nous offre rien de particulier.

ARTICLE II.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE SPORADIQUE.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, on reconnaît l'existence de l'inflammation simultanée des membranes du cerveau et du rachis, dans les cas sporadiques, à la réunion des symptômes de la méningite rachidienne et des symptômes de la méningite simple aiguë. Il est remarquable, en effet, que cette existence de l'inflammation dans l'encéphale et le rachis à la fois se rencontre dans les cas de méningite simple aiguë.

On n'a, par conséquent, pour obtenir la description de la maladie que nous signalons ici, qu'à joindre aux phénomènes morbides de la méningite simple aiguë décrite dans un des articles précédents : 1° les *convulsions*, la *roideur*, la *contracture des muscles du rachis ;* 2° une *douleur* ordinairement fort vive occupant une plus ou moins grande étendue de la colonne vertébrale, et souvent fixée à la partie postérieure du cou et au niveau des premières vertèbres dorsales. Nous verrons, en effet, lorsque je donnerai la description de la méningite spinale, que tels sont les symptômes les plus caractéristiques de cette affection.

Je n'aurais rien à dire de particulier sur les causes, la marche, etc., de cette affection. Je dois seulement faire remarquer que ce qui la distingue de la méningite cérébro-spinale épidémique est principalement l'invasion moins brusque de la maladie et la moins grande violence des symptômes. Il n'y a pas ici de distinction profonde entre les deux affections, comme celle que nous avons signalée entre le choléra-morbus sporadique et le choléra-morbus épidémique, mais seulement un degré d'intensité très différent, dû au génie épidémique.

Le *traitement* ne présente non plus rien de particulier, si ce n'est que les moyens locaux, les émissions sanguines locales surtout doivent être appliquées le long du rachis aussi bien que vers la base du crâne, et qu'on doit leur donner un surcroît d'énergie.

ARTICLE III.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.

La *méningite cérébro-spinale épidémique* a fait invasion en France quelque temps avant l'année 1839, et s'est montrée d'abord à Bayonne, à Narbonne, à Foix, à Bordeaux. En 1839, il régna à Rochefort, et presque exclusivement dans le bagne, une maladie que d'abord on prit pour le typhus, mais que plus tard on reconnut pour la méningite cérébro-spinale épidémique, et dont M. Lefèvre (1) nous a donné une relation intéressante. Plus tard elle sévit dans des localités très diverses, puisqu'on l'observa à Versailles, à Metz, à Avignon, à Strasbourg, à Perpignan, à Poitiers, à Nancy, à Nantes, à Lyon, etc. Les principales recherches auxquelles ont donné lieu ces diverses épidémies sont dues à MM. G. Tourdes (2), Chauffard (3), Forget (4), Faure-Villard (5), Rollet (6). On trouve dans ces recherches les matériaux d'une bonne histoire de la maladie (7). Puis on a vu cette affection apparaître en Irlande, et M. Robert Mayne (8) a rendu compte de l'épidémie, observée d'abord par le docteur Darby de Bury, et que plusieurs autres médecins ont étudiée dans les hôpitaux irlandais. Enfin peu de temps avant le choléra, nous avons vu des épidémies à Orléans et à Paris. M. le docteur Corbin (9) a décrit celle qui a régné à Orléans en 1847 et 1848. M. le docteur Michel Lévy (10) a, de son côté, donné une très bonne description de l'*épidémie observée au Val-de-Grâce*, et il résulte des recherches historiques faites par cet auteur que cette maladie était déjà connue du temps de Prosper Alpin, dans lequel on trouve un passage qui la désigne clairement. D'autres relations ont été publiées dans les recueils scientifiques, et j'ai moi-même (11) rapporté un cas de cette affection, remarquable par l'extrême rapidité avec laquelle la suppuration s'est produite.

Cette maladie serait-elle donc nouvelle, du moins sous sa forme épidémique? M. Tourdes, dans son intéressante relation, a traité cette question, et remontant jusqu'aux premiers temps de la médecine, il a passé en revue les diverses épidémies qu'on pourrait rapporter à la méningite cérébro-spinale. En parcourant cet historique, on trouve plusieurs faits qui, sans beaucoup d'efforts, peuvent être regardés comme des exemples d'épidémies semblables à celles dont nous avons été témoins

(1) *Rech. histor. sur la maladie qui a régné au bagne de Rochefort*. Paris, 1840.

(2) *Hist. de l'épid. de méning. cérébro-spinale*, etc. Strasbourg, 1843.

(3) *Œuvres de médecine pratique*. Paris, 1848, t. I, p. 156.

(4) *Relation de l'épid. de méningite encéph.-rachidienne*, 1841.

(5) *Histor. de l'épid. de méningite cérébro-spinale observée à l'hôpital militaire de Versailles*. Paris, 1844.

(6) *De la méningite cérébro-rachidienne et de l'encéphalo-méningite épidémiques* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1843, t. X, p. 290 et suiv.).

(7) C. Broussais, *Histoire des méningites cérébro-spinales qui ont régné en France*. Paris, 1843, in-8.

(8) *Remarks upon cerebro-spinale arachnitis*, etc. (*The Dublin quarterly journ. of med. science*, n° 3, August 1846).

(9) *Gazette médicale de Paris*, 1848.

(10) *Lecture faite à l'Acad. de méd.*, 1er mai 1849 (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XV, p. 21; — *Gazette médic.*, 15 mai 1849.

(11) *Union médicale*, 15 mai 1849.

dans ces derniers temps; mais il en est d'autres aussi qui ne sauraient être pris pour tels, et qu'on peut regarder aussi bien comme des épidémies de fièvre typhoïde ou de typhus.

M. Boudin (1) va plus loin. Suivant lui, la méningite cérébro-spinale n'est autre chose qu'une espèce de typhus déjà observé par nos devanciers, notamment à Grenoble et à Paris en 1814, et à Metz en 1815. Il se fonde principalement sur l'absence des lésions caractéristiques de l'inflammation cérébro-spinale notée dans plusieurs cas, et sur le caractère contagieux de la maladie. Il donne à cette affection le nom de *typhus cérébro-spinal*.

[Il n'est point indifférent d'adopter ou de rejeter les idées de M. Boudin sur le typhus cérébro-spinal. On ne saurait refuser de convenir avec M. Boudin que le plus grand nombre des épidémies remontant au commencement de ce siècle, et dont il compare le récit avec la relation des épidémies plus modernes, ne soient identiques avec celles-ci. Et pourtant, c'était bien le typhus que croyaient décrire les auteurs qui observaient à ces époques antérieures. Dans une instruction adressée en 1814 par le gouvernement à propos du typhus de Mayence, on remarque le passage suivant : « Le typhus s'annonce ordinairement par une pesanteur le long de l'épine, par des douleurs lombaires, des vomissements, une douleur de tête violente, des convulsions, des exacerbations régulières, du délire pendant la nuit, une déglutition difficile. A Mayence, le typhus paraît souvent sous la forme d'une encéphalite, avec mal de tête s'étendant du vertex à l'occiput et se prolongeant le long de la colonne épinière. Il y a état comateux ou délire féroce, dans quelques cas tétanos général... » Si l'on veut ne tenir compte que des travaux les plus modernes, on voit que la maladie, par son mode d'invasion et de propagation, sa marche, ses caractères infectieux, contagieux et épidémiques, la multiplicité de ses lésions, se rapproche plus du typhus que de toute autre maladie, et que dès lors il faut la considérer, ou comme une forme, ou du moins comme une maladie très voisine du typhus.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On a donné à cette maladie le nom de *méningite cérébro-rachidienne*, *encéphalo-méningite épidémique*, *cerebro-spinal arachnitis*; enfin, M. Boudin propose de l'appeler *typhus cérébro-spinal*. Nous avons conservé ici le nom de *méningite cérébro-spinale*, qui est celui sous lequel la maladie est le plus généralement connue. Il ne faudrait pas que le lecteur fût induit par là en erreur, et crût que le caractère essentiel et unique de la maladie résidât dans une inflammation.

L'état de congestion des méninges, la présence d'une sérosité trouble ou du pus en plus ou moins grande abondance, sont des caractères anatomiques qui se retrouvent dans d'autres maladies, et qui, dans cette maladie même, ne sont ni constants ni exclusifs; il y existe en même temps d'autres lésions. Et d'ailleurs on ne saurait trop répéter que la lésion n'est pas toute la maladie. Si l'on devait chercher en dehors de l'anatomie la caractéristique de cette maladie, on la trouverait plutôt dans le caractère infectieux, épidémique pestilentiel.]

(1) *Archives générales de médecine* 1849. — *Hist. du typhus cérébro-spinal*, in-8. Paris, 1854. — *Traité de géographie et de statistique médicales*. Paris, 1857. T. II, p. 564 et suiv. — Voy. aussi Hipp. Bailly, *Traitement du typhus cérébro-spinal par l'opium à haute dose*. Thèse, Paris, 1850.

§ II. — Causes.

Les causes qui ont pu faire naître cette affection meurtrière ont été étudiées avec soin. MM. Tourdes et Lefèvre ont particulièrement insisté sur ce point, et sont arrivés à des résultats importants que je vais présenter.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Il suffit de dire qu'en France les épidémies se sont presque exclusivement montrées chez des militaires, et principalement chez les nouvelles recrues (Tourdes, Faure-Villar, Rollet, etc.), pour qu'on reconnaisse que la méningite cérébro-spinale a sévi chez les adultes, et vers l'âge de vingt à trente ans. Cependant à Rochefort l'affection a atteint, dans le bagne, principalement les sujets d'un *âge moyen*, et, en ville, elle a sévi plus particulièrement sur les individus âgés de moins de vingt ans. En Irlande, les choses se sont passées autrement. Il résulte, en effet, des recherches de M. Mayne, que l'affection s'est presque exclusivement montrée chez des *enfants* au-dessous de douze ans. Mais elle n'a pas paru, à beaucoup près, avec une aussi grande fréquence, chez les enfants qui n'avaient pas atteint l'âge de sept ans que dans la période de sept à douze ans.

Sexe. — La remarque que je viens de faire prouve que l'affection sévit *presque exclusivement chez les hommes*. C'est, du reste, ce que M. Lefèvre a constaté d'une manière positive, puisque, dans la ville de Rochefort, les femmes ont été attaquées dans une proportion minime. En Irlande, la maladie s'est montrée exclusivement chez les garçons.

Professions. — Hors l'état militaire, il n'est, ainsi que l'a noté M. Lefèvre, aucune profession qui paraisse prédisposer à la méningite cérébro-spinale. Mais il ne peut s'élever aucun doute relativement à l'état militaire ; car, je le répète, c'est dans les régiments que les épidémies ont éclaté et se sont presque entièrement concentrées. Nous verrons, en parlant des causes occasionnelles, quelles sont, dans cette profession, les circonstances particulières dans lesquelles se développe la maladie.

Saisons, climats. — L'énumération que j'ai présentée plus haut des lieux très divers dans lesquels la méningite cérébro-spinale s'est déclarée prouve suffisamment que les climats n'ont pas sur elle une influence évidente. Quant aux saisons, les recherches des auteurs que je viens de citer n'ont pu rien découvrir de particulier sous ce rapport.

Conditions hygiéniques. — M. Lefèvre a constaté que la *nourriture* des sujets soumis à son observation était saine et suffisante. Il en a été de même dans les régiments atteints par la maladie. Quant à l'*habitation*, aux *vêtements*, aux *fatigues* éprouvées par les malades, on doit y voir plutôt des causes occasionnelles que des causes prédisposantes.

L'*état normal* des individus affectés n'a rien présenté qui mérite d'être noté.

2° Causes occasionnelles.

Les médecins militaires, comme je l'ai dit, ont noté que, dans les régiments, ce sont les nouvelles recrues qui ont été principalement atteintes, et par là même

on explique l'apparition des épidémies. C'est, en effet, en 1840 et 1841 que se sont montrées les épidémies les plus meurtrières, et l'on sait qu'à cette époqu l'armée française fut très rapidement mise sur le pied de guerre. Les *fatigues* auxquelles les jeunes soldats n'étaient pas habitués, l'exposition aux *intempéries*, les *exercices prolongés*, sont les causes qui, selon toutes les apparences, ont déterminé l'apparition de la maladie.

A Rochefort, les fatigues n'ont pas été plus grandes qu'à l'ordinaire, mais il est résulté d'une inspection attentive faite à ce sujet, que les forçats étaient *mal vêtus*, *mal chaussés*, et que les lieux dans lesquels ils séjournaient longtemps étaient remarquables par leur *humidité*. Ce sont là les seules circonstances auxquelles on puisse rapporter l'explosion de l'épidémie.

En Irlande, peut-on accuser la souffrance de la population d'avoir produit cette maladie? C'est ce que ne nous apprennent pas les auteurs. Mais ils font remarquer cette circonstance notable, que, dans les maisons de travail des jeunes filles, où les conditions sont les mêmes que dans les maisons de travail des garçons, on n'a observé aucun cas de méningite cérébro-spinale.

[Nous répéterons ici ce que nous avons dit à propos du typhus, qu'il ne faut point attacher trop d'importance aux causes extérieures lorsqu'on est en présence d'une maladie infectieuse épidémique. Les casernes et les camps, les prisons, où sont accumulés en grand nombre des hommes vivant dans des conditions identiques, sont les foyers désignés à toutes les épidémies. La *contagion* n'a point été constatée, dit-on, et cependant l'*infection* est évidente. Quel que soit le mode de propagation de la maladie, il est certain qu'elle attaque les personnes vivant dans le même milieu, et que du foyer où elle a pris naissance et où elle s'entretient, elle rayonne plus ou moins loin au dehors.]

§ III. — Symptômes.

Les symptômes ont été partout remarquables par une uniformité presque complète. Les auteurs, il est vrai, ont spécialement insisté sur tels ou tels phénomènes, suivant qu'ils en ont été frappés plus particulièrement; mais si on lit les diverses relations d'épidémies, on voit qu'elles ont toutes une ressemblance frappante : celle de M. Tourdes présentant une très grande précision et les détails les plus circonstanciés, c'est celle qu'il convient de suivre principalement.

Début. — Ainsi que l'ont constaté MM. Tourdes et Forget, il est rare que le début soit subit, que l'invasion soit foudroyante, suivant l'expression du premier de ces deux auteurs. Cependant on a vu un certain nombre de sujets atteints de cette manière. « Tout à coup, dit M. Tourdes (1), au milieu de la santé la plus parfaite, des hommes pleins de jeunesse et de force étaient atteints des accidents les plus graves; ils succombaient en peu d'heures, sans qu'aucun trouble fonctionnel eût précédé cette subite invasion. Des militaires ont été frappés dans la rue, à l'exercice, dans les casernes, pendant leur repas; ils tombaient comme foudroyés, et l'on transportait à l'hôpital, dans un état désespéré, des hommes qui peu auparavant faisaient leur service sans se plaindre. Trois malades ont été frappés pendant leur sommeil. »

(1) *Loc. cit.*, p. 171.

Dans un nombre considérable de cas, le début, sans être subit, est très rapide. On voit en peu d'heures, en peu d'instants, la céphalalgie être suivie du délire, de la perte complète de connaissance, de mouvements convulsifs, en un mot de presque tous les symptômes excessivement violents que nous allons voir caractériser la maladie.

Enfin, dans près de la moitié des cas, on a reconnu l'existence de symptômes qui ont été regardés comme *symptômes précurseurs*, et il est probable, ainsi que le fait remarquer M. Tourdes, que ces symptômes ont existé plus fréquemment, mais que, promptement remplacés par la perte de connaissance, leur existence n'a pas pu être constatée; c'est aussi le résultat auquel est arrivé M. Forget par l'analyse des faits soumis à son observation.

Ces symptômes précurseurs sont énumérés ainsi qu'il suit, par ordre de fréquence, par M. Tourdes : « céphalalgie, 33 fois; frissons, 13; nausées et vomissements, 13; rachialgie, 3; douleurs dans les membres, 2; vertiges, 2; malaise, 2; diarrhée, 2; délire, 1; tremblement, 1; mouvement fébrile, 1. » Il me paraît évident que ces symptômes doivent pour la plupart être regardés comme des phénomènes de la maladie confirmée. Il en est quelques-uns néanmoins, comme la diarrhée, qui peuvent être rangés parmi les phénomènes précurseurs dans toute l'acception du mot.

Symptômes. — Suivant M. Faure-Villar, il faudrait décrire deux formes particulières de la maladie : l'une *inflammatoire*, et l'autre nerveuse ou *typhoïde*, caractérisée par des phénomènes ataxiques intenses, et beaucoup plus grave que la première. En examinant les faits avec quelque attention, on s'aperçoit que ces formes dépendent uniquement de la plus ou moins grande violence de l'affection, suivant les cas. Que la cause, l'influence épidémique qui produit la maladie agisse avec une très grande puissance, et les malades sont emportés rapidement avant qu'il ait pu se produire autre chose que des symptômes où la perturbation nerveuse prédomine, et avant que les lésions aient atteint un degré très avancé. C'est là ce que l'on observe dans toutes les maladies, et surtout dans les maladies épidémiques. Il suffira, par conséquent, dans l'exposition de la marche de l'affection, de signaler ces cas d'une violence extrême, sans qu'il soit nécessaire d'en faire une forme particulière.

La *céphalalgie* est un symptôme qui se montre constamment et ordinairement le premier de tous. Nous avons vu, en parlant du début, que, dans quelques cas néanmoins, la *douleur* de tête était précédée de quelques autres phénomènes morbides; mais, même dans ces cas rares, elle ne tardait pas à se manifester. Elle est ordinairement vive, et quelquefois atroce; dans un petit nombre de cas, elle n'a qu'une intensité médiocre, mais elle est toujours remarquable par sa persistance, car les malades ne cessent de s'en plaindre que quand ils tombent dans le délire.

Dans les premiers moments, elle n'occupe qu'un seul point de la tête : ordinairement le front, quelquefois la nuque; mais elle ne tarde pas à occuper la tête tout entière. La forme de cette douleur est très variable. M. Tourdes l'a trouvée pulsative, térébrante, lancinante, aiguë, gravative, compressive, etc.; ces différences tiennent beaucoup, sans doute, à la manière diverse dont les sujets expriment une sensation douloureuse à peu près semblable, suivant toutes les probabilités.

La lumière et le bruit augmentent beaucoup cette céphalalgie. Les malades restent ordinairement dans l'immobilité, craignant d'exaspérer leur douleur par le moindre

mouvement ; il n'est pas rare d'en voir qui compriment leur tête à deux mains, dans le but de calmer leurs souffrances.

Ordinairement, dans les cas d'une certaine durée, on remarque des alternatives d'apparition et de disparition de la céphalalgie, et celle-ci, lorsqu'elle se calme, est remplacée par le délire ou le coma, qui, au bout d'un temps plus ou moins long, lui cèdent la place à leur tour. Souvent après un, deux ou trois jours, on voit tout à coup la céphalalgie, qui s'était dissipée, reparaître avec une nouvelle violence. On observe ordinairement, vers le soir, une exacerbation plus ou moins notable de ce symptôme, comme, au reste, de la plupart de ceux que nous allons passer en revue.

La *rachialgie* ne se montre pas constamment comme la céphalalgie, mais elle a lieu dans un nombre de cas assez considérable pour que la dénomination de la maladie ne puisse pas être considérée comme fautive. Elle manque dans les cas où l'affection est assez violente pour emporter le malade en très peu d'heures, parce que l'inflammation n'a pas encore eu le temps de gagner les membranes du rachis. Elle manque néanmoins aussi quelquefois chez des sujets qui n'ont pas été emportés très rapidement, sans qu'on puisse savoir pourquoi la méningite, qui envahit habituellement la tête et la colonne vertébrale, s'est arrêtée dans la première de ces parties ; mais ces cas sont rares.

Il n'est pas fréquent de voir la douleur occuper toute l'étendue de la colonne vertébrale ; mais, ainsi que l'a remarqué M. Tourdes, il n'est pas de point du rachis qui n'en ait été atteint plus ou moins souvent. D'après les faits recueillis par cet observateur, la portion cervicale en est le siége le plus fréquent ; viennent ensuite les régions lombaire et sacrée, et en troisième lieu seulement la région dorsale.

Les formes de la rachialgie sont les mêmes que celles de la céphalalgie, et tout ce que j'ai dit de celle-ci s'applique à celle-là avec les modifications qui dépendent de la différence du siége.

La *pression* la plus forte n'exaspère pas la douleur de la colonne vertébrale ; il n'en est pas de même des mouvements, qui sont si douloureux, que les malades restent dans l'immobilité absolue.

La douleur n'est pas toujours bornée à la tête et au rachis ; dans un certain nombre de cas (le tiers, d'après les observations de M. Tourdes), les malades éprouvent dans les extrémités, et principalement dans les membres inférieurs, des douleurs vives, lancinantes, atroces, considérablement augmentées par les mouvements, que dans beaucoup de cas même elles empêchent complétement.

Enfin, chez quelques sujets, ces douleurs occupaient les épaules et les mâchoires, et, chez d'autres, la *sensibilité cutanée* était tellement exaltée, que le moindre contact devenait insupportable.

Les *organes des sens* ne présentent pas, à beaucoup près, des altérations en rapport avec les lésions de la sensibilité ; la *vision* est rarement abolie ; on a constaté tout aussi peu fréquemment la diplopie, et les cas sont peu nombreux où il y a eu affaiblissement ou aberration de la vue. Cependant les pupilles sont dilatées dans plus de la moitié des cas ; parfois elles sont au contraire contractées. Des douleurs dans le fond de l'orbite, l'inflammation des yeux, ont été aussi observées, mais ces phénomènes n'ont qu'une importance très secondaire.

L'*ouïe* est assez fréquemment dure ; dans un nombre peu considérable de cas

on observe une *surdité* complète, et ces cas sont graves, suivant la remarque de M. Tourdes. Les *bourdonnements*, les *tintements d'oreille* sont aussi des phénomènes dont les malades se sont plaints fréquemment. On a noté, dans des cas très rares, de véritables hallucinations de l'ouïe.

On n'a rien constaté du côté de l'*odorat* et du *goût*.

La *sensibilité cutanée*, que nous avons vue plus haut être parfois exaltée au dernier point, ne se perd qu'au dernier moment, et encore M. Tourdes, qui a étudié ce symptôme avec grand soin, fait-il remarquer que c'est plutôt un phénomène de l'agonie qu'un véritable symptôme de la maladie.

Dans toutes les épidémies on a noté des lésions remarquables de la *motilité*. La plus fréquente est une roideur tétanique de la partie postérieure du tronc; les malades ont la tête renversée en arrière, le rachis fortement recourbé, et ils peuvent garder cette position jusqu'à la mort, avec seulement quelques instants de relâchement.

On a encore observé la *contracture* des membres, et principalement des membres supérieurs; le *trismus* et des *contractions spasmodiques*, de véritables *crampes* dans les mollets et dans les cuisses. Un autre phénomène qui a été principalement observé par M. Forget est un *tremblement* nerveux qu'il a comparé à celui qu'on observe dans le *delirium tremens*. « Deux des malades observés à la clinique de la Faculté ont éprouvé, dit M. Tourdes, une espèce de *tournis* qui les obligeait à pirouetter sur eux-mêmes, pour tomber ensuite et ne plus se relever. Beaucoup de malades ont des *vertiges* qui figurent parmi les premiers symptômes de l'affection; plus tard on les voit revenir à des intervalles variables, précédant ou suivant des crises violentes. »

Sur 60 malades, M. Lévy signale :

Le trismus.	17 fois.
L'opisthotonos à divers degrés.	18
Le pleurosthotonos.	2
La contracture légère des muscles. . . .	16
Les secousses tétaniques dans tout le corps.	2
Le délire.	42
La somnolence.	4
Le coma.	13
Des cris hydrencéphaliques.	4

La *paralysie*, qui a été recherchée avec soin dans les diverses épidémies, est un phénomène très peu fréquent dans la méningite cérébro-spinale épidémique. M. Tourdes ne l'a observée que 3 fois sur 99 sujets, et les autres auteurs n'en ont pas signalé un nombre d'exemples proportionnellement plus grand. La paralysie ne se manifeste ordinairement que tard; elle n'est pas complète; elle n'occupe souvent qu'une partie limitée : un bras, par exemple. On l'a vue se montrer aux deux membres supérieurs ou aux deux membres inférieurs.

Les *altérations de l'intelligence* sont des plus remarquables dans cette affection. La principale est un délire souvent très violent, et qui manque dans très peu de cas. Ce symptôme ne se montre pas au début; mais, dans un certain nombre de cas, il ne tarde pas à apparaître. Dans d'autres, au contraire, il ne se manifeste

qu'après un temps assez notable, pendant lequel se sont produits les autres symptômes. Les nuances sont assez marquées à cet égard ; mais il est vrai de dire que le délire ne se fait généralement pas attendre, ce qui forme un caractère de la maladie qui est loin d'être sans importance.

D'abord le *délire* est ordinairement assez facile à dissiper par des questions précises ; c'est-à-dire que, pour y répondre, le malade semble sortir d'un rêve dans lequel il ne tarde pas à retomber dès qu'on cesse de l'interroger. Plus tard, il est plus difficile d'obtenir des réponses, et lorsqu'on en obtient, ce sont souvent des réponses incohérentes, et qui n'ont aucun rapport avec les questions.

« Son intensité a varié, dit M. Tourdes... Tantôt les malades, agités et furieux, se débattaient et cherchaient à s'enfuir en poussant des cris ; tantôt ils exhalaient leur délire en plaintes, en gémissements, en paroles incohérentes, et ils ne se portaient à aucun acte particulier ; d'autres restaient sombres et taciturnes. Le délire n'était furieux que dans les premiers moments ; plus tard, il devenait calme, intermittent, et ne s'exaltait que pendant les exacerbations. »

Cette intermittence et ces exacerbations du délire sont des phénomènes presque constants. Les auteurs ont cité, il est vrai, des cas dans lesquels un délire continu s'est montré pendant dix et quinze jours ; mais, même dans ces cas, il finissait par laisser des intervalles plus ou moins longs. Ordinairement le délire est interrompu fréquemment par des intervalles de calme, et ses exacerbations ont lieu le soir. Le délire continue avec une violence plus ou moins grande. On voit des malades quitter leur lit, errer dans les salles ; quelques-uns cherchent à se précipiter par la croisée. M. Tourdes a cité plusieurs cas dans lesquels il y avait des *hallucinations* remarquables : ainsi, un sujet croyait entendre ses parents lui parler. D'autres aberrations de l'intelligence ne sont pas moins notables : c'est ainsi qu'un malade croyait qu'on avait coupé son corps en deux parties ; que trois se croyaient dans leur pays ; et, chose digne de remarque, chez deux sujets qui survécurent sur ces trois derniers, cette idée délirante a persisté pendant huit et quinze jours après que toute autre idée erronée avait disparu.

On voit plusieurs malades, dans le coma ou le délire, porter sans cesse leurs mains aux parties génitales.

Une *agitation* ordinairement très vive précède et accompagne le délire ; elle augmente beaucoup la nuit, et il y a ordinairement alors une *insomnie* complète ou presque complète.

La *somnolence* alterne d'abord avec l'agitation et le délire ; puis, à une époque variable, suivant le degré violence de la maladie, il survient, dans un grand nombre de cas, un *coma* profond et une *perte complète de connaissance*. Dans quelques cas seulement on peut, en l'excitant fortement, rappeler le malade à lui ; mais bientôt après il retombe dans le même état. Il n'est pas très rare de voir cette perte absolue de connaissance apparaître à une époque très rapprochée du début. Les cas dans lesquels il en est ainsi sont généralement les plus intenses, et il est ordinaire de voir les sujets ainsi attaqués rester dans cet état pendant toute la durée de la maladie. Cependant on en voit qui, à une époque plus ou moins avancée, recouvrent la conscience de ce qui se passe autour d'eux, bien que la terminaison soit fatale.

La *face*, souvent injectée au début, devient ensuite pâle et terreuse. Dans les

cas les plus ordinaires, elle porte l'empreinte d'une très vive souffrance; dans ceux qui ont une violence inaccoutumée, elle a tout d'abord une expression de *stupeur* remarquable qui coïncide avec la perte de connaissance plus ou moins complète.

Du côté de l'*appareil digestif*, on note comme phénomène capital les *nausées* et les *vomissements*, que nous avons trouvés assez rares parmi les phénomènes signalés comme des prodromes, mais qui deviennent très fréquents dès que la maladie se confirme. Les vomissements sont multipliés, surtout au commencement de la maladie; plus tard, ils deviennent plus rares; mais, pendant les exacerbations, ils reprennent de la fréquence. Les matières évacuées sont jaunes, verdâtres, vertes et amères, et, par conséquent, presque complétement composées de bile. Dans l'épidémie de Versailles, on a trouvé fréquemment des *ascarides lombricoïdes* dans la matière des vomissements; mais il n'en a pas été de même dans beaucoup d'autres épidémies.

La *langue* ne présente pas d'altérations notables au commencement de la maladie; vers la fin, dans quelques cas, elle devient sèche, noirâtre, et les dents sont fuligineuses. M. Faure-Villar a noté quelquefois l'existence de plaques blanches, pultacées, sur les gencives.

L'*appétit* est complétement perdu; la *soif* est généralement peu vive, surtout au début. Il y a, dans les premiers jours, de la *constipation* dans presque tous les cas; mais, suivant la remarque de M. Tourdes, elle cède facilement aux moyens employés pour la combattre. La *diarrhée* ne tarde pas à lui succéder, et c'est, selon toutes les apparences, aux purgatifs généralement employés qu'il faut attribuer son apparition; mais une fois déclarée, elle persiste, et, dans les derniers temps, il y a des *selles involontaires*. L'*amaigrissement* est rapide et porté jusqu'au *marasme* à une époque voisine de la mort.

La *respiration* n'a présenté autre chose qu'une gêne plus ou moins marquée. Elle était souvent suspirieuse et entrecoupée. Sept fois M. Tourdes a constaté l'existence d'une *complication* de maladies graves *du côté de la poitrine* (pleurésie, *pneumonie*, tubercules suppurés); dans plusieurs cas, il y avait une légère *bronchite*.

Le *pouls*, au début, est souvent ralenti; mais il est presque aussi fréquent de le voir un peu accéléré. M. Tourdes, qui, sous ce rapport, a fait des recherches très exactes, a trouvé le pouls ralenti dans un peu plus de la moitié des cas seulement. Nous verrons, à l'article *pronostic*, quel est, suivant cet auteur, le rapport de ce ralentissement du pouls avec la gravité de la maladie. Du troisième au quatrième jour, ce ralentissement est remplacé par une accélération qui n'est pas extrêmement considérable dans le plus grand nombre des cas, si ce n'est à une époque très avancée et voisine de la mort. Le pouls varie généralement de 90 à 100 pulsations lorsque la réaction s'établit; dans les derniers moments, il devient petit, misérable et très fréquent. Une remarque de M. Tourdes que je dois signaler, c'est que fréquemment, dans un court espace de temps, on voit le nombre des pulsations augmenter ou diminuer, sans qu'on puisse attribuer à l'émotion ces variations nombreuses.

De violentes *palpitations de cœur* ont été observées chez quelques individus par M. Tourdes, qui a aussi trouvé deux fois une complication de *péricardite*.

Le *sang* fourni par les saignées est rarement couenneux, et, lorsqu'il l'est, la

couenne est peu épaisse ordinairement. Ce liquide ne présente rien de remarquable, si ce n'est une augmentation de fibrine peu considérable en général. On observe rarement des *épistaxis*.

La *peau*, dont la chaleur n'est pas augmentée au début, devient chaude et sèche lorsque la fièvre s'allume, et M. Lefèvre a noté, à une époque voisine de la mort, une *sueur visqueuse* sur tout le corps. Mais, ce qui est surtout remarquable, c'est la fréquence de certaines éruptions signalées par les divers observateurs. M. Lefèvre parle d'*éruptions impétigineuses*. M. Faure-Villar a vu, dans la plupart des cas graves, des *taches* d'un brun foncé ou d'un pourpre vif sur la partie antérieure du tronc et des membres, ne disparaissant pas par la pression, et faisant quelquefois saillie au-dessus du niveau de la peau; quelquefois des taches d'un noir d'encre mal circonscrites, d'autres *semblables à la scarlatine*, ou bien une *éruption miliaire rouge*. Le même auteur signale une *éruption vésiculeuse sur les lèvres*.

M. Tourdes a observé également l'*herpes labialis*, et cela dans les deux tiers des cas, ce qui donne une certaine importance à ce symptôme. C'est au pourtour des lèvres qu'il se montre principalement. Il n'a vu de *taches rosées lenticulaires* que sept fois sur le nombre de cas indiqués plus haut, ce qui confirme l'observation antérieure qui nous avait appris que ces taches, sans appartenir exclusivement à la fièvre typhoïde, se rencontrent dans cette maladie dans une proportion de cas infiniment plus grande que dans toute autre. Il n'a vu que trois fois des *pétéchies*.

Les *urines*, plus abondantes qu'à l'état normal, sont d'abord pâles et limpides; puis elles se chargent d'un sédiment jaune pâle formé d'acide urique.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, les symptômes cérébraux s'amendent d'abord; la fièvre tombe; les sens reprennent plus ou moins rapidement leur intégrité. On a remarqué que, dans cette affection, l'appétit renaît très promptement. Il ne reste bientôt plus qu'une faiblesse ordinairement assez grande, et qui, dans certains cas, ne se dissipe qu'avec beaucoup de peine. Chez quelques sujets, les idées délirantes, et plus souvent une faiblesse marquée de l'intelligence, persistent lorsque, sous les autres rapports, les malades peuvent être considérés comme étant en pleine convalescence.

Dans les cas où la maladie se termine par la mort, on voit une prostration extrême survenir; la perte de connaissance est complète; on observe un tremblement nerveux, des soubresauts des tendons, la carphologie, et cette agonie peut se prolonger assez longtemps.

Tels sont les symptômes de cette redoutable affection. On voit qu'ils ne diffèrent de ceux de la méningite simple aiguë que par leur grande violence, et que par la fréquence très grande des phénomènes qui dénotent l'extension de l'inflammation aux membranes de la moelle. Je ne peux m'empêcher de joindre à cette description détaillée un tableau succinct de la maladie tracé par M. Tourdes, parce qu'il résume parfaitement tout ce qui vient d'être dit.

Tableau de la maladie. — « La maladie débute, dit cet auteur, par une céphalalgie cruelle accompagnée de vertiges, de nausées et de vomissements. La douleur se propage à la nuque et au rachis, elle envahit les extrémités; les idées s'égarent, la connaissance se perd; le malade est en proie à une agitation convulsive; la tête est renversée en arrière; la face, rouge ou pâle, offre l'expression de la douleur;

la température de la peau est normale ou diminuée, le pouls naturel ou ralenti. Cet état dure jusqu'au troisième jour, époque à laquelle se développent l'éruption labiale, les pétéchies, les taches lenticulaires et les épistaxis; l'urine devient abondante et sédimenteuse, la constipation est opiniâtre.

» Bientôt la connaissance reparaît, et avec elle le sentiment des douleurs. Une amélioration légère se manifeste; elle fait naître des espérances qui se réalisent rarement. Les phénomènes cérébraux et rachidiens reprennent leur acuité; la réaction fébrile s'allume, la langue jaunit, rougit et se sèche. La diarrhée succède à la constipation. Tantôt les symptômes nerveux conservent leur violence jusqu'au dernier moment; tantôt ils se calment et persistent opiniâtrément avec une intensité moyenne. Leur marche est entrecoupée de rémissions et d'exacerbations. La faiblesse et l'amaigrissement font d'effrayants progrès. La réaction fébrile revêt une forme typhoïde ou hectique, et le malade expire dans le marasme après une tranquille agonie.

» Si l'issue doit être heureuse, les accidents ne se calment qu'avec lenteur. Une longue et périlleuse convalescence précède le rétablissement de la santé. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue, tous les auteurs l'ont reconnu. Cependant nous avons signalé des exacerbations et un moment d'amélioration remarquable; mais on voit que ces variations ne portent guère que sur les symptômes cérébraux, ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Lefèvre, et que, malgré l'amélioration apparente, la maladie ne continue pas moins à faire des progrès réels. M. Tourdes, ainsi que M. Faure-Villar, reconnaissent à la maladie *trois périodes :* la première, caractérisée principalement par des symptômes nerveux intenses, la seconde par la réaction fébrile, et la troisième par la perversion des fonctions du système nerveux, par l'affaiblissement, par la prostration et le marasme. Cette division nous indique ce qu'il y a de plus saillant dans chaque époque de la maladie; mais il est si fréquent de voir dans une période les symptômes qui appartiennent aux autres, qu'on ne doit pas leur accorder une trop grande importance.

La *durée* de la maladie est très variable. Beaucoup de malades périssent en quelques heures (vingt heures au minimum dans les cas observés par M. Tourdes), tandis que, dans certains cas, on voit la maladie se prolonger pendant quatre-vingts, quatre-vingt-dix et cent jours, bien qu'elle finisse par se terminer par la mort. Dans les cas où la guérison a lieu, la durée est comparativement plus longue. Les moyennes trouvées par M. Tourdes sont quinze jours pour les cas de mort et vingt-cinq jours environ pour les cas de guérison. On a vu des sujets guérir en six ou sept jours ; mais les cas de ce genre sont très rares.

La *terminaison* est très fréquemment funeste. Dans l'épidémie observée par M. Lefèvre, la mortalité a été des quatre cinquièmes dans les premiers temps, puis des deux tiers lorsque l'influence épidémique a perdu un peu de son intensité, ce qui doit nous inspirer de nouveaux doutes sur ces prétendues épidémies de méningite dans lesquelles la majorité des malades a guéri. Quelques maladies intercurrentes sont venues parfois hâter la mort; d'autres n'ont nullement empêché la *terminaison* heureuse.

La *convalescence* est généralement longue et difficile ; mais, après le rétablissement, on n'observe presque jamais d'infirmité consécutive. M. Tourdes n'a noté qu'une seule fois la persistance d'une paralysie incomplète.

Crises. — M. Tourdes, à qui j'ai fait de si larges emprunts parce que sa description est empreinte d'une exactitude rigoureuse, a recherché l'influence des phénomènes qu'on peut regarder comme critiques ; mais il n'a rien trouvé, ni dans les épistaxis, ni dans les vomissements, ni dans les urines, qui présentât ce caractère. L'éruption labiale lui a paru avoir quelque importance sous ce rapport, parce que, dans les cas où elle a été abondante, la mortalité a été un peu plus faible, et aussi parce que son apparition coïncidait avec une certaine amélioration des symptômes nerveux que j'ai mentionnée plus haut ; mais comme la mortalité a été presque aussi forte chez les sujets qui ont présenté l'éruption que chez ceux qui n'ont rien offert de semblable, on peut encore conserver beaucoup de doutes à cet égard.

Aucun auteur n'a signalé de *rechutes* ni de *récidives.*

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont, comme on devait s'y attendre, été étudiées avec le plus grand soin dans cette grave maladie. On a trouvé les lésions principales dans la pie-mère du cerveau et de la moelle. Cependant tous les observateurs ont rapporté un certain nombre de cas dans lesquels ces lésions étaient très légères ou non appréciables. C'est ainsi que chez quelques sujets on n'a trouvé dans les membranes cérébro-spinales qu'une injection plus ou moins vive, un peu de sérosité limpide, ou au contraire une sécheresse marquée sans injection ; mais tous ces cas étaient du nombre de ceux dans lesquels la méningite avait été foudroyante, et où par conséquent les altérations pathologiques n'avaient pas eu le temps de se produire. Dans les autres cas, on trouve dans les mailles de la pie-mère soit un liquide jaunâtre ou jaune et trouble, soit du pus bien lié, parfaitement reconnaissable, soit une substance plus épaisse, d'apparence pseudo-membraneuse, opaque, jaunâtre, dense, d'une épaisseur de 3 à 6 millimètres, et semblable, suivant l'expression de M. Tourdes, à une couche de beurre étendue à la surface du cerveau. C'est surtout le long des vaisseaux que se montre cette production morbide qui, lorsqu'elle est peu abondante, peut n'exister que dans ces points et se ramifier en suivant les veines. D'autres fois on observe çà et là des plaques inégales, de grandeur variable, et formées par la même matière. Enfin on a vu cette production morbide si abondante, qu'elle enveloppait le cerveau et le cervelet tout entiers. Ordinairement la couche ou les plaques purulentes ne se montrent qu'à la surface ; mais quelquefois elles pénètrent avec la pie-mère jusque dans la profondeur des circonvolutions. On ne trouve du pus dans les ventricules cérébraux que dans un certain nombre de cas (la moitié, suivant les recherches de M. Tourdes) ; parfois ces cavités ne contiennent que de la sérosité limpide. On a vu aussi une infiltration purulente des plexus choroïdes, des ramollissements superficiels des parois des ventricules ; mais ces lésions n'ont qu'une importance secondaire.

Tous les points de la surface du cervelet et du cerveau peuvent présenter ces altérations ; on les a trouvées presque constamment sur le cervelet, fréquemment au sommet du cerveau et à la base, plus rarement sur la protubérance, etc.

Dans le rachis, les lésions sont semblables et occupent également la pie-mère. Dans un assez bon nombre de cas, la surface de la moelle épinière tout entière porte les traces de l'inflammation; mais plus fréquemment la région inférieure est affectée seule; rarement, au contraire, les altérations sont bornées à la région supérieure. Dans un certain nombre de cas, aucune trace de fausse membrane n'existe sur le cordon rachidien, et il n'existe que de la méningite cérébrale; les symptômes sont alors en rapport avec les caractères anatomiques, c'est-à-dire qu'il n'y a point de tétanos.

Du côté du cerveau et de la moelle épinière, on a trouvé de l'injection, des ramollissements partiels; mais ces lésions, auxquelles on doit néanmoins rapporter quelques symptômes observés dans certains cas, ne sont qu'accidentelles dans la maladie qui nous occupe, et qui est parfaitement caractérisée par celles que nous venons de décrire.

Le tube digestif a présenté quelques traces d'inflammation légère dans un assez bon nombre de cas, mais jamais d'altérations des follicules de Peyer, qu'on a trouvés seulement quelquefois un peu saillants. Les follicules de Brunner sont fréquemment augmentés de volume dans une grande étendue de l'intestin, mais jamais ulcérés.

Système séreux. — Des épanchements tantôt puriformes, tantôt simplement séreux, ont été constatés dans la plèvre, dans le péricarde, dans les synoviales articulaires. M. Boudin en a rencontré également dans les tuniques vaginales.

Organes thoraciques. — Des taches pétéchiales ont été notées sur le péricarde, dont la cavité a été trouvée remplie de sérosité ou de pus. Sur 44 autopsies, M. Lévy signale des lésions thoraciques dans 11 cas; pneumonie au troisième degré, 1; pneumonie lombaire, 1; congestions hypostatiques, 9; épanchement séro-purulent dans le péricarde, 1 fois.

M. Boudin (*loc. cit.*) s'exprime ainsi : « Plusieurs points nous semblent dominer la question anatomo-pathologique de cette maladie; ce sont : 1° l'absence possible de toute lésion anatomique appréciable; 2° la dissémination des lésions sur l'ensemble du système séreux; 3° la rencontre de lésions anatomiques là où aucun signe ne les avait fait soupçonner pendant la vie. »

M. Lefèvre a remarqué la mollesse et la putréfaction rapide de tous les tissus du corps chez les sujets morts promptement. Dans les cas qu'il a observés, la couche purulente qui enveloppait la moelle allait en diminuant à mesure qu'on approchait de la région inférieure, ce qui diffère de ce qu'on a observé dans d'autres épidémies, et cet auteur a *cru trouver* aux muscles une odeur nauséabonde *sui generis*.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique ne présente pas de difficultés sérieuses maintenant que nous connaissons sa symptomatologie dans tous ses détails. Les maladies avec lesquelles on a pensé qu'on pourrait la confondre sont la fièvre typhoïde, une fièvre intermittente pernicieuse et le tétanos. Je vais exposer rapidement le diagnostic différentiel de la méningite épidémique et de ces affections.

La *fièvre typhoïde* se distingue facilement de la maladie qui nous occupe; ce qui

le prouve, c'est que, se produisant dans le même temps l'une et l'autre chez divers sujets, elles n'ont point été confondues. Dans les deux maladies le début n'est pas tout à fait le même; il est beaucoup plus brusque dans la méningite cérébro-spinale, et la céphalalgie atroce coexistant si souvent à cette époque avec l'intégrité du tube intestinal et le ralentissement de l'état normal du pouls sont des caractères qui ne sauraient laisser de doutes dans l'esprit du médecin. Plus tard la persistance et même l'augmentation de la céphalalgie, la rachialgie, le renversement de la tête, la courbure du tronc, les convulsions avec absence de météorisme, de taches roses lenticulaires, de sudamina, d'épistaxis, servent à distinguer parfaitement l'affection épidémique dont il est ici question, de la fièvre typhoïde. Si quelques-uns de ces derniers symptômes se montrent dans la méningite cérébro-spinale, ils sont très rares, et les autres phénomènes sont si caractéristiques, que, même dans ces cas exceptionnels, l'erreur n'est pas à craindre.

« La promptitude de la mort, dit M. Tourdes, a fait croire à une *fièvre pernicieuse* cérébrale, apoplectique ou délirante ; l'*herpes labialis* et les sédiments des urines semblaient en rapport avec cette opinion ; mais les exacerbations de la méningite n'offraient aucun des caractères des accès proprement dits ; ils se présentaient sans frissons, sans sueur et sans influence notable sur la circulation... » J'ajoute que bien rarement un premier accès de fièvre intermittente pernicieuse emporte le malade, et que, même dans les cas où il existe une fièvre subintrante, le passage de l'état dans lequel se trouve le malade, après une certaine durée du premier accès, à l'état où le met l'invasion du second, suffit au médecin attentif pour le diagnostic de la maladie. Je reviendrai sur ce point quand j'aurai à traiter la question si importante des *fièvres pernicieuses*.

Quant au *tétanos essentiel*, il diffère de la méningite cérébro-spinale épidémique en ce que, s'il existe quelques symptômes cérébraux, ils sont infiniment plus légers, et que, dans tous les cas, les troubles de l'intelligence ne sont nullement comparables à ceux de la maladie épidémique. C'est encore là, du reste, un point sur lequel je reviendrai en exposant l'histoire du tétanos.

M. Tourdes pense qu'il existe entre la maladie qui nous occupe et la *méningite sporadique* des différences nombreuses et essentielles. J'avoue qu'en comparant les descriptions de ces deux maladies, je ne vois pas que ces différences soient essentielles. Sans doute, comme je l'ai dit plus haut, il y a dans la violence des symtômes et dans la marche parfois si rapide de la maladie des différences qui doivent être notées; mais ce sont là des différences du plus au moins, et non des différences essentielles. Je pense que M. Tourdes a été porté à émettre cette opinion en considérant en même temps et la méningite simple aiguë et la méningite tuberculeuse; et ce qui le prouve, c'est qu'il cite Parent-Duchâtelet et MM. Martinet et Andral, qui ont écrit avant que la distinction entre ces deux affections eût été bien établie. Mais si l'on n'a égard qu'à la méningite franche, on voit que la ressemblance est très grande, et que si l'on mettait un médecin en présence d'un sujet affecté de méningite cérébro-spinale non foudroyante, sans lui faire connaître s'il existe ou non une épidémie, il serait fort embarrassé de dire si l'affection est sporadique ou épidémique. La violence des symptômes cérébraux, et surtout des symptômes spinaux principalement caractérisés par la courbure tétanique du tronc, pourrait lui faire supposer que l'affection est épidémique; mais il ne saurait l'affirmer, car

des symptômes semblables se montrent aussi dans les cas sporadiques. Que sera-ce donc, si dans certains cas les symptômes spinaux peuvent être faibles ou manquer complétement, et si les autres ne sont nullement remarquables par leur intensité ?

Je ne présenterai dans le tableau synoptique que le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de la méningite cérébro-spinale épidémique; les autres devront, comme je l'ai dit, nous occuper de nouveau plus loin.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes distinctifs de la méningite cérébro-spinale épidémique et de la fièvre typhoïde.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.	FIÈVRE TYPHOÏDE.
Début souvent *brusque*, toujours *plus rapide*.	*Début moins rapide*, symptômes d'une *intensité progressive*.
Céphalalgie *plus violente*, souvent *atroce*.	Céphalalgie *moins violente; jamais atroce*.
Pouls *ralenti*.	Pouls *accéléré*.
Constipation; ventre *indolent*.	Fréquemment *diarrhée, douleurs* de ventre.
Vomissements fréquents, abondants.	*Pas de vomissements* au début, *ou très peu* dans un petit nombre de cas.
Plus tard, céphalalgie aussi violente ou même *plus violente*, alternant avec le délire.	*Plus tard*, céphalalgie non augmentée ou même *calmée*.
Rachialgie.	*Pas de rachialgie*.
Symptômes abdominaux *peu intenses*.	Symptômes abdominaux *intenses;* météorisme, etc.
Pas de taches rosées, ni de sudamina, ni d'épistaxis, sauf quelques exceptions.	*Taches rosées lenticulaires, sudamina, épistaxis*.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est des plus graves. Dans l'épidémie observée par M. Lefèvre, la mortalité a été, comme nous l'avons vu, des quatre cinquièmes au commencement et des deux tiers à la fin. Dans celle dont M. Tourdes nous a donné la relation, la proportion des morts a été à très peu près de 60 pour 100; cet auteur a noté que cette proportion n'a pas sensiblement varié aux diverses époques de l'épidémie; qu'après l'âge de trente ans, elle s'accroît dans une proportion effrayante; qu'avant cet âge, ce sont les enfants qui sont le plus gravement atteints; enfin que la maladie, beaucoup plus rare chez les femmes, comme nous l'avons dit plus haut, est en revanche plus grave chez elles que chez les hommes.

Le pronostic acquiert une gravité incomparablement plus grande dans les cas où l'inflammation gagne le rachis que dans ceux où elle reste fixée à l'encéphale. Les convulsions, le coma, le renversement de la tête en arrière, la courbure du tronc, la lenteur du pouls à l'époque où il aurait dû survenir une réaction fébrile; les pétéchies, les taches roses lenticulaires; l'inflammation de la parotide, sont autant de signes qui, d'après les recherches de l'auteur que je viens de citer, se rencontrent principalement dans les cas mortels. Suivant le même auteur, les prodromes les plus courts précèdent l'état le plus grave.

§ VII. — Traitement.

Cette affection est si grave, elle menace les jours du malade dans une époque si rapprochée, les symptômes en sont souvent si effrayants, que le praticien est na-

turellement porté à employer un nombre considérable de moyens à la fois; de là la difficulté qu'on éprouve à apprécier exactement l'influence des agents thérapeutiques. Sous ce point de vue encore, M. Tourdes est de tous les auteurs celui qui, sans contredit, a étudié la question avec le plus de soin et de précision, et c'est par conséquent sa relation qui doit nous servir de guide principal, comme dans les autres parties de l'histoire de la maladie.

Émissions sanguines. — « Les émissions sanguines, dit M. Tourdes (1), ont fait la base du traitement. Elles ont été employées comme moyen principal dans la plupart des épidémies de méningite. On a mis en usage les *saignées du bras*, les *saignées de la veine jugulaire et de l'artère temporale*, les applications de *sangsues* et de *ventouses scarifiées*. On a pratiqué, suivant les cas, d'*une à quatre* saignées générales de 350 à 500 grammes, appliqué de *cinquante à deux cents* sangsues, de *huit à vingt-quatre* ventouses scarifiées ordinaires, de *trente à cent cinquante* ventouses au scarificateur allemand. L'artère temporale et la veine jugulaire n'ont été ouvertes que par exception ; le plus souvent c'étaient les veines du bras. Les *sangsues* ont été placées aux tempes, aux régions jugulaires et mastoïdiennes, à la nuque ; les ventouses scarifiées sur toute l'étendue de la colonne vertébrale... Le plus souvent tous ces moyens sont employés à la fois. »

Suivant M. Tourdes, les saignées générales doivent être réservées pour le moment où la réaction se manifeste, et l'on doit mettre jusque-là en usage les saignées locales plus ou moins multipliées, suivant les cas.

Si maintenant nous recherchons avec cet auteur quels ont été les effets réels de ces pertes de sang considérables, nous voyons qu'ils ont été bien peu notables, et que, malgré des saignées copieuses et nombreuses, malgré les sangsues, malgré les ventouses scarifiées, la maladie n'en continuait pas moins à faire des progrès, et, ce qui doit être remarqué avec plus de soin encore, les principaux symptômes n'étaient pas sensiblement amendés. Voici, du reste, comment M. Tourdes juge en définitive la valeur de ce moyen :

« Nier, dit-il, d'une manière absolue l'utilité des émissions sanguines, ce serait tomber dans une exagération aussi fâcheuse que la confiance illimitée en l'emploi de ce moyen. Les faits donneraient un démenti à cette proscription injuste. Il est un certain nombre de cas dans lesquels les saignées appliquées au début et dans les deux premières périodes ont amené les guérisons les plus heureuses. Nous pourrions ajouter plusieurs exemples de succès à ceux que l'on a vus plus haut. Malgré l'inefficacité trop fréquente des saignées, elles nous ont rendu, dans cette triste épidémie, plus de services réels que les autres médications. »

Cette conclusion ne me paraît pas aussi rigoureuse qu'on pourrait le désirer. Il eût été important de citer les cas dans lesquels la guérison a été attribuée aux émissions sanguines ; car on a peine à comprendre qu'un moyen qui reste sans action sur tous les symptômes, et qui, dans tant de cas, n'a aucune influence réelle, puisse, dans quelques-uns, réussir à procurer une guérison prompte et rapide. Comme on saigne tous les malades dans cette affection (et qui oserait faire autrement dans l'état actuel de la science ?), il faudrait étudier l'effet des saignées, suivant l'époque où elles ont été pratiquées et suivant leur abondance, sur la

(1) *Loc. cit.*, p. 71.

marche générale de la maladie et sur sa durée exacte, comme l'a fait M. Louis pour la saignée dans la pneumonie. Je crois que de cette manière on arriverait à démontrer que les émissions sanguines ont une influence dans la méningite cérébro-spinale épidémique, mais que cette influence est plus limitée encore que ne pourrait le faire croire le passage de M. Tourdes cité plus haut. Nous verrons du reste plus loin que M. Chauffard (1) attribue à l'opium à dose élevée une efficacité incomparablement plus grande qu'aux émissions sanguines.

On trouve dans le mémoire de M. Faure-Villar l'assertion suivante : « M. Boin, chirurgien-major du 2e hussards, a remarqué, dit-il, sur une quinzaine de malades de son régiment, que, *lorsque la saignée provoquait une syncope*, la maladie avortait presque constamment. » Ce fait est tellement en opposition avec tout ce qui vient d'être dit sur l'influence de la saignée, qu'il faudrait des observations nombreuses, très circonstanciées et sévèrement analysées pour qu'on pût l'admettre.

Je ne fais qu'indiquer ici les *boissons* émollientes, délayantes, rafraîchissantes, les *lavements émollients* ou légèrement *laxatifs* qu'on prescrit aux malades pour compléter le traitement antiphlogistique, parce que l'emploi de ces moyens adjuvants se présente à l'esprit de tout le monde, et que personne n'attache à leur emploi une très grande importance.

Application du froid sur les points malades. — On applique généralement des *compresses froides* sur la tête et même sur le rachis ; on a recours à la *glace* placée sur le sommet de la tête, et même à l'*irrigation* continue ; mais, dit M. Tourdes, ce moyen ne calmait ni les douleurs, ni le délire : beaucoup de malades s'en plaignaient et se refusaient à son application. Lorsqu'il peut être supporté, on doit néanmoins le mettre en usage ; car rien ne prouve que, bien qu'il n'ait pas d'effet immédiat, il ne puisse pas à la longue calmer l'inflammation. C'est, du reste, une question qu'il faut soumettre au jugement des observateurs.

Mercuriaux. — Les mercuriaux tant à l'intérieur qu'à l'extérieur sont d'un usage si général dans la plupart des affections cérébrales, qu'on devait s'attendre à les voir employer avec empressement dans la maladie qui nous occupe ; c'est ce qui a eu lieu, et voici comment M. Tourdes s'exprime à ce sujet :

« Les *mercuriaux*, dit-il, dont l'usage est si généralement adopté aujourd'hui dans le traitement des inflammations, et principalement de celles qui occupent les membranes séreuses, ont été employés à haute dose dans un grand nombre de cas de méningite. Des *frictions* avec 10 ou 30 *grammes d'onguent mercuriel* par jour ont été faites sur le cuir chevelu, sur les cuisses, aux aisselles, le long de la colonne vertébrale. Le *calomel* en même temps était administré à l'intérieur. Dans trois cas, dont un mortel, la salivation s'est produite. Malgré l'élévation des doses et la constance de l'application, cette médication est restée impuissante. C'est à peine si deux ou trois malades ont présenté l'exemple de son heureuse influence. »

Il est encore fâcheux que M. Tourdes ne nous ait pas fait connaître ces exemples ; car, sans passer pour sceptique, on peut bien ne voir que de simples coïncidences dans les guérisons attribuées à certains médicaments, et en pareil cas la preuve est nécessaire.

On pourrait mettre en usage le *calomel* à dose très fractionnée, ainsi que le con-

(1) *Œuvres de médecine pratique*. Paris, 1848, t. I.

seille M. Law pour une autre affection décrite précédemment (1), mais nous ne saurions rien prévoir sur l'influence que pourrait avoir cette manière d'administrer le sel mercuriel.

Révulsifs. — J'ai eu maintes fois occasion de parler de l'abus qu'on fait de révulsifs cutanés dans les maladies fébriles. On n'a pas manqué d'avoir recours à ces moyens dans l'affection dont il s'agit ici; je vais laisser parler M. Tourdes, qui a étudié si attentivement les faits; on verra que les effets obtenus dans la méningite cérébro-spinale épidémique viennent à l'appui d'une opinion que plusieurs exemples frappants m'ont fait émettre et défendre. « Les *révulsifs cutanés*, dit M. Tourdes, ont été mis en usage dans la plupart des cas; des *sinapismes* et des *vésicatoires* ont été placés sur les extrémités supérieures et inférieures, à la nuque, le long du rachis, sur le crâne préalablement rasé. On a prescrit jusqu'*à six ou huit vésicatoires d'un grand diamètre sur le même individu ;* on y a eu recours dans toutes les périodes après les émissions sanguines ou concurremment avec elles; on n'en a point retiré d'avantage évident. Ces révulsifs augmentaient souvent les douleurs sans procurer la diminution d'aucun symptôme. » En présence de ces propositions si explicites et fondées sur des faits bien observés et sévèrement analysés, on peut qualifier l'emploi du *vésicatoire* et même des *sinapismes*, dans cette maladie, de moyens barbares, parce qu'ils n'ont aucune utilité qui puisse faire passer par-dessus les inconvénients incontestables qu'ils présentent. Qu'on juge de l'état d'un sujet à qui l'on applique en une fois de six à huit vésicatoires de grande dimension ! Lorsque le malade est dans le collapsus, et qu'on ne peut trouver aucun moyen de l'en tirer; lorsqu'il y a insensibilité presque complète, on peut se servir, en désespoir de cause, des vésicatoires et des sinapismes; mais en faire un moyen de traitement d'un usage habituel dans le cours de la maladie, et compter sur son efficacité, c'est méconnaître les résultats de l'observation et ne tenir aucun compte des souffrances des malades. Dans certains cas observés par M. Lefèvre, les vésicatoires ont produit des ulcérations difficiles à guérir.

Vomitifs, purgatifs. — Parmi les *vomitifs*, c'est le *tartre stibié à haute dose* qui a été donné presque exclusivement. On le prescrit de la manière suivante :

℞ Tartre stibié.....	0,30 à 0,60 gram.	Sirop de sucre...........	30 gram.
Opium...............	0,05 gram.	Infusion de tilleul.........	120 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

M. Tourdes commence par constater l'inutilité de cette médication employée dès le début dans douze cas, puis il dit que l'émétique a manifestement exercé une influence heureuse chez deux sujets. C'est encore là une assertion qui paraît contradictoire, et qui devrait être appuyée sur des faits détaillés, d'autant plus que les auteurs observateurs, et en particulier M. Lefèvre, ont constaté l'inutilité de ce moyen sans aucune exception.

Le même auteur ayant mis en usage les *purgatifs*, parmi lesquels nous retrouvons le *calomel* dont nous avons parlé plus haut, les a rangés avec raison parmi les moyens accessoires. Il ne les a vus ni abréger la marche de la maladie, ni diminuer

(1) Voy. art. *Tuberculisation des méninges.*

la mortalité d'une manière évidente. Il ne les conseille, comme au reste tous les autres auteurs, que dans le but de faire cesser la constipation. Dans l'opinion qui attache une grande importance à la complication vermineuse, les purgatifs ont dû paraître plus utiles ; mais nous avons vu plus haut que l'observation des diverses épidémies a prouvé que cette complication était accidentelle, et qu'on ne pouvait pas voir en elle la cause prochaine de la maladie.

Opium. — Il est nécessaire d'entrer dans quelques détails au sujet de ce moyen dont M. Chauffard (1), d'Avignon, a fait la base de son traitement. Ce médecin, se laissant guider, comme les autres, par le caractère inflammatoire de l'affection, employa d'abord les antiphlogistiques, et principalement les saignées générales abondantes, mais presque tous les malades succombèrent. Il eut ensuite recours, avec le même insuccès, aux toniques. Si bien que, dans deux épidémies qui eurent lieu à Avignon, à un intervalle de six mois, on ne compta presque aucune guérison pendant tout le cours de la première et la moitié de la seconde. Il recourut alors à l'opium à haute dose ; dès lors, non-seulement dans la plupart des cas la maladie fut guérie, mais dans ceux même où l'on n'obtenait pas ce résultat favorable, il survenait du moins une amélioration marquée après l'administration du remède.

M. le docteur Boudin (2) a obtenu les mêmes résultats de l'emploi de l'opium à haute dose, et il a même trouvé dans les effets heureux de ce médicament un argument en faveur de son opinion sur la nature de la maladie, qui, selon lui, n'est autre chose que le typhus. Cet argument ne me paraît pas décisif. Dire que la maladie n'est pas une méningite parce qu'elle ne guérit pas par les saignées, c'est poser en fait que la saignée est le meilleur remède de toutes les inflammations, ce qui est loin d'être prouvé.

Les observations de MM. Forget et Tourdes ne sont pas tout à fait aussi favorables à l'emploi de l'opium. Cependant les faits observés par ces auteurs montrent que, sous l'influence de cette médication, la mortalité a été un peu moindre, mais les cas qu'ils citent sont malheureusement très peu nombreux. En somme, l'opium à haute dose paraît avoir exercé une influence favorable ; mais il est à regretter que M. Chauffard n'ait pas démontré le fait par une analyse rigoureuse des cas qu'il a observés.

L'opium est administré à la dose de *deux ou trois décigrammes et quelquefois plus*, dans les vingt-quatre heures. Cette dose, dans les cas observés par M. Chauffard, était ordinairement prescrite dès le premier jour du traitement. Ce médecin affirme que, toutes les fois qu'il a craint de donner une trop grande quantité du médicament, il a eu à se repentir de cet excès de prudence.

Je livre ces faits à l'appréciation des praticiens ; mais, ce qui ressort de positif de ce qui a été dit plus haut, c'est que, de tous les médicaments proposés, l'opium à haute dose est le seul qui ait été administré avec quelque confiance, et qui ait paru avoir une influence réelle sur la maladie ; à ce titre, il doit être spécialement recommandé.

Sulfate de quinine. — Le sulfate de quinine, qui a été vanté pendant quelque

(1) *Œuvres de méd. prat.* Paris, 1848, t. I, p. 156 et suiv.

(2) Voy. H. Bailly, thèse citée. Paris, 1850.

temps comme très efficace dans d'autres maladies aiguës, a été administré dans la méningite cérébro-spinale épidémique. Les doses auxquelles il a été prescrit dans les cas dont M. Tourdes nous a donné l'histoire ne se sont pas élevées au-dessus *de 1,50 grammes.* Ce qui ressort des faits, c'est que, donné pour triompher de l'affection elle-même, ce médicament n'a eu aucun succès réel, mais qu'il n'en a pas été de même de son emploi dans quelques cas particuliers. Ainsi, dans la convalescence, on a observé quelques *accès véritablement intermittents* (frissons, chaleur, sueurs), avec des phénomènes cérébraux, et le sulfate de quinine les a promptement fait cesser. En pareil cas, on le donne à la dose de 40, 50, 60 centigrammes, comme dans les cas où l'on veut *couper* une fièvre intermittente ordinaire ; mais si les accès résistaient, on élèverait cette dose jusqu'à *un gramme* et plus. M. Lefèvre indique quelques cas où la maladie s'étant montrée avec des caractères de fièvre pernicieuse, le sulfate de quinine a eu un prompt succès. Quand on se rappelle les lieux où observe M. Lefèvre, on est tenté de se demander si ces cas n'étaient pas tout simplement des fièvres pernicieuses.

Toniques. — Je ne fais que mentionner ici les toniques, et principalement le quinquina, qui, employés comme moyens curatifs, n'ont eu aucun succès, mais qui, administrés dans la convalescence, dans le but de réveiller l'appétit et de hâter le retour des forces, ont eu une certaine utilité.

« *L'acétate d'ammoniaque*, le *vin*, le *camphre* et le *musc* ont été, dit M. Tourdes (1), employés sans aucun succès, dans un petit nombre de cas, pendant la troisième période. »

M. le docteur Besseron (2) a essayé les *inhalations éthérées.* Cet agent a produit des effets sédatifs très évidents ; mais il reste encore à savoir s'il a une influence très marquée sur la terminaison de la maladie. C'est néanmoins ce que l'on peut espérer d'après les faits cités par M. Besseron.

Régime. — Le régime est fort simple. Une *diète sévère* pendant tout le temps que durent les principaux symptômes, et des aliments progressivement substantiels dans la convalescence, voilà tout ce qu'il y a à prescrire, sous ce rapport, comme dans les maladies ordinaires.

Traitement prophylactique. — Si nous nous rappelons les causes généralement admises par les auteurs qui nous ont laissé des relations des diverses épidémies précédemment mentionnées, nous en déduirons facilement le traitement prophylactique. Assainir les logements ; donner aux militaires des vêtements suffisants, ainsi qu'aux autres sujets placés dans les circonstances indiquées plus haut ; proportionner les fatigues aux forces des individus : tels sont les moyens prophylactiques qui doivent être et qui ont été recommandés. Malheureusement les circonstances ne permettent pas toujours d'agir ainsi : c'est alors un devoir, pour le médecin chargé de la santé de grandes réunions d'hommes, de paralyser par tous les moyens en son pouvoir les mauvaises influences dont nous avons parlé. Il recommandera la ventilation fréquente, le chauffage des chambrées, et conseillera de répartir les travaux de manière qu'ils ne soient pas trop accablants pour ceux qui y sont récemment soumis.

(1) *Loc. cit.*, p. 181.
(2) *Séances de l'Acad. des sciences*, 10 mai 1847.

CHAPITRE III.

MALADIES DE LA MOELLE ET DE SES MEMBRANES.

Ces affections, très difficiles à étudier, ont été l'objet de recherches beaucoup moins nombreuses que la pathologie cérébrale. Cependant nous possédons des observations très intéressantes dont les plus importantes ont été rassemblées par Ollivier (d'Angers), à l'ouvrage duquel (1) j'aurai à faire de nombreux emprunts dans le cours de ce chapitre.

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES DES MÉNINGES RACHIDIENNES.

Les maladies des membranes de la moelle épinière ne nous offrent qu'un très petit nombre de considérations importantes. Aussi vais-je les passer rapidement en revue, ayant hâte d'arriver aux affections de la moelle elle-même.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE RACHIDIENNE.

En parlant de l'hémorrhagie méningée cérébrale, et en signalant le passage du sang des ventricules cérébraux dans les membranes du rachis, j'ai indiqué sommairement les principaux symptômes de cette affection. Mais l'hémorrhagie rachidienne a été observée séparément. P. Frank en fait mention; Chevalier (2), Abercrombie, et quelques autres observateurs, en ont cité des exemples. Ollivier a réuni ces faits, et voici l'impression que laisse leur lecture :

Il survient d'abord une *douleur* vive et ordinairement subite dans une plus ou moins grande étendue du rachis; puis il y a des convulsions, de la roideur, de la contracture soit des membres inférieurs seulement, soit de presque toutes les parties du corps; parfois c'est un véritable *tétanos* qu'on observe. On n'a pas noté de paralysie.

L'absence d'un grand nombre de détails dans les observations ne nous permet pas de pousser plus loin cette description. Il suffit d'ajouter qu'en général la maladie a été promptement mortelle.

On n'a rien dit d'important sur les causes de cette affection; et quant au *traitement*, il consiste dans des *saignées* locales ou générales assez abondantes, et dans les autres moyens opposés à l'hémorrhagie cérébrale, en modifiant le lieu de l'application pour les moyens locaux.

(1) *Traité des maladies de la moelle épinière*. Paris, 1837.
(2) *Med.-chir. Trans.* London, 1816, t. III, p. 102.

ARTICLE II.

MÉNINGITE RACHIDIENNE.

1° *Méningite rachidienne aiguë.* — Cette affection isolée est beaucoup plus rare que la méningite cérébrale. Les *causes* de cette maladie sont très difficiles à déterminer. Voici comment Ollivier s'exprime à ce sujet : « Les individus sujets aux *affections rhumatismales* paraissent, dit-il, être plus exposés à cette inflammation, qui peut être aussi déterminée, suivant Vogel, par la *suppression des règles* ou des *hémorrhoïdes fluentes*. Chez le sujet de l'observation 107 (1), de même que dans le cas rapporté par M. Cruveilhier (2), la phlegmasie est résultée évidemment d'un *refroidissement* général du corps, d'alternatives de chaleur et d'impression de froid. Elle est souvent *consécutive à une méningite cérébrale* (c'est ce que nous avons vu dans un précédent article). Enfin les *contusions violentes*, les *piqûres* ou les *déchirures* des enveloppes de la moelle, l'altération des vertèbres, sont également des causes assez fréquentes de méningite rachidienne. Il paraît que les *efforts* ont quelquefois produit le même effet. » A l'exception des violences extérieures, on ne saurait regarder les autres causes comme complétement mises hors de doute, car on en a signalé l'existence dans un nombre de faits infiniment petit, et l'on a très bien pu être induit en erreur.

Symptômes. — Il est rare, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, que l'inflammation soit bornée aux membranes de la moelle, et n'ait pas envahi les méninges cérébrales. Cependant on possède dans la science quelques cas dans lesquels la méningite rachidienne s'est montrée isolée, et c'est d'après eux que nous allons indiquer rapidement les symptômes.

Le *début* est assez souvent obscur, la *douleur* ne se montrant d'abord qu'à un faible degré, avec un sentiment de picotement, de fourmillement des membres. On voit même un certain nombre de sujets chez lesquels ces premiers symptômes sont précédés d'un malaise général et d'une courbature qui ne peuvent pas encore faire soupçonner la maladie à laquelle on va avoir affaire.

Mais, à une époque d'autant plus rapprochée que la maladie est plus aiguë, la *douleur* devient violente ; elle se propage ordinairement à toute l'étendue des membres inférieurs, et occupe très souvent une grande partie du trajet de la moelle épinière. Elle est *exaspérée par les mouvements*, mais non par la pression, ainsi qu'Ollivier s'en est assuré en analysant les observations.

A ce symptôme se joint très souvent une exaltation considérable de la sensibilité générale, de telle sorte qu'on peut à peine toucher les malades sans leur arracher des cris. Quelquefois des éclairs, des *élancements* de douleur, partant de différents points du rachis, vont envahir les diverses parties du corps.

Bientôt après survient une *contraction tétanique* des muscles de la colonne vertébrale, d'où résulte un véritable *opisthotonos*. Quoique ce symptôme ne soit pas absolument constant dans la méningite rachidienne, il est si fréquent, que quelques auteurs ont regardé cette inflammation comme la lésion anatomique essentielle du

(1) Voy. Ollivier, *loc. cit.*, p. 280.
(2) *Anat. path. du corps humain*, in-fol. avec pl., 3e livraison.

tétanos; mais nous verrons plus loin que, dans un bon nombre de cas, cette inflammation manque, et que par conséquent tout ce qu'il est permis de faire, c'est de considérer la méningite rachidienne comme une cause assez fréquente du tétanos, qui n'en doit pas moins être décrit à part. La *roideur* s'étend ordinairement aux membres. On a noté le *trismus*, et parfois des *convulsions cloniques* violentes.

On n'observe, du reste, aucune diminution de la sensibilité, et la *motilité* ne présente pas d'affaiblissement marqué, à moins qu'il ne survienne une complication du côté de la moelle.

« La *respiration*, dit Ollivier, est difficile, anhéleuse; ce symptôme est assez fréquent, et se conçoit facilement d'après la nature de la maladie et son siége.

» Le *pouls*, qui offre peu de changements dans le principe, conserve toujours sa régularité, devient ensuite de plus en plus fréquent et perd de sa force; il est petit, concentré, tandis que les mouvements du cœur sont forts et rapides.

» Ordinairement des *sueurs* abondantes couvrent le malade pendant l'accès, lorsque les contractions tétaniques sont intermittentes.

» L'*intestin*, la *vessie*, peuvent être le siége de douleurs assez vives, surtout pendant les efforts d'excrétion; Abercrombie en a cité un exemple. Il est très difficile de dire si la paralysie de ces organes appartient souvent à la méningite spinale, parce que, dans les cas où l'on a observé ce symptôme, il existait des complications du côté du cerveau; ce qu'il y a de certain, c'est que ce phénomène peut très bien manquer sans que l'affection en soit pour cela moins bien caractérisée. »

Marche, durée, terminaison. — La *marche* de la maladie, considérée d'une manière générale, est continue; cependant il n'est pas rare d'observer une rémission considérable des symptômes, même de la douleur et des contractions tétaniques, et cette rémission peut se produire à diverses reprises; mais en examinant avec soin la manière dont marche la maladie, on s'assure que ses progrès n'en sont pas moins réels à toutes les époques. Les contractions tétaniques reviennent assez souvent par accès.

La *durée* de la méningite rachidienne aiguë est ordinairement peu considérable; dans les observations connues, et dont la terminaison a été la mort, elle n'a guère dépassé un septénaire; la maladie peut néanmoins se prolonger pendant vingt et même trente jours, comme aussi emporter les malades en quatre ou cinq jours.

La *terminaison* est presque constamment, sinon même constamment funeste. Beaucoup de médecins pensent que la guérison n'est jamais obtenue. Ollivier (obs. 108) a cité néanmoins un cas emprunté à J. Frank, où un assez bon nombre de symptômes de la méningite se trouvent, quoique le sujet ait guéri. Mais ce fait est unique, et, de l'aveu d'Ollivier lui-même, il n'est pas parfaitement concluant, et peut être pris pour une congestion rachidienne aussi bien que pour une méningite. Depuis lors, néanmoins, M. le docteur Carnet (1) a adressé à la *Gazette des hôpitaux* une nouvelle observation de méningite rachidienne qui s'est terminée par la guérison. Nous avons toutefois besoin de nouveaux faits pour démontrer jusqu'à l'évidence la curabilité de cette affection.

Diagnostic. — Les deux affections avec lesquelles on pourrait le plus facilement

(1) Voy. *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 15 mars 1852.

confondre la méningite rachidienne sont l'hémorrhagie méningée rachidienne et la myélite. J'exposerai le diagnostic différentiel de la maladie qui nous occupe et de la myélite en traitant de cette affection. Quant aux signes qui distinguent l'*hémato-rachis* de la méningite rachidienne, ils se réduisent à ceci : Dans la première de ces deux maladies, l'invasion est brusque, les contractions tétaniques ou les convulsions cloniques générales manquent quelquefois, la sensibilité n'est pas exaltée, elle est même quelquefois émoussée, la pression exaspère parfois la douleur; tandis que dans la seconde l'invasion est graduelle, les contractions tétaniques ou les convulsions cloniques ne manquent pas, la sensibilité générale est exaltée, et la pression n'exaspère pas la douleu

Tous ceux qui sont un peu au courant des recherches sur les affections de la moelle et de ses membranes comprendront que ce diagnostic ne peut être donné que comme provisoire. Nous n'avons pas encore, en effet, d'observations assez nombreuses et assez variées pour nous prononcer d'une manière positive.

Quant au *pronostic*, ce que j'ai dit plus haut de la terminaison de la maladie est suffisant.

Traitement. — Les *saignées* générales et locales plus ou moins répétées, les *bains tièdes* prolongés pendant plusieurs heures, tels sont les seuls moyens qui aient été généralement employés contre la méningite rachidienne.

Ollivier (1) pense que l'application du *froid* (compresses froides, glace, irrigation) doit avoir de bons effets; mais il ne peut pas s'appuyer sur l'expérience à cet égard.

L'*opium* à haute dose, dont nous avons vu les bons effets dans la *méningite cérébro-spinale épidémique*, devra aussi être expérimenté dans la méningite rachidienne sporadique, surtout si la sensibilité générale est très exaltée, s'il y a des convulsions douloureuses, etc.

Quant aux *topiques irritants*, aux *frictions stimulantes*, c'est surtout lorsque la maladie tend à passer à l'état chronique qu'on les met en usage.

Des boissons adoucissantes et abondantes, le soin de prévenir la rétention d'urine dans quelques cas, et les précautions générales indiquées dans la méningite cérébrale, complètent ce traitement sur lequel de nouvelles recherches sont bien nécessaires.

Dans les cas cités par M. Carnet (2), les saignées, les mercuriaux et l'opium ont été employés; mais l'auteur attribue surtout la guérison *aux bains prolongés et fréquents* auxquels le malade fut soumis.

2° *Méningite rachidienne chronique.* — Nous n'avons sur la méningite rachidienne chronique que des données tout à fait incomplètes. Voici ce que dit Ollivier à ce sujet : « Enfin, quand cette phlegmasie est chronique, elle ne donne lieu, le plus souvent, qu'à des *douleurs dorsales sourdes*, accompagnées d'*engourdissement* profond dans cette région et d'un *sentiment de fatigue dans les membres*. Les malades éprouvent de temps en temps de *légères exacerbations* dans ces douleurs, qui peuvent se dissiper après plusieurs mois; d'autres fois elles deviennent aiguës, et les malades succombent en offrant tous les accidents qui viennent d'être décrits. »

On voit par cette description combien l'histoire de la méningite rachidienne chro-

(1) *Loc. cit.*, p. 300.
(2) *Loc. cit.*

nique est peu avancée, et à quelles erreurs de diagnostic on s'exposerait si l'on regardait les symptômes précédents comme caractéristiques. Je n'insiste donc pas, et je me contente de rappeler, relativement au traitement, que les *toniques excitants et résolutifs*, les *eaux minérales sulfureuses*, *ferrugineuses*, etc., sont particulièrement recommandées dans cette forme chronique.

ARTICLE III.

ALTÉRATIONS CHRONIQUES DIVERSES DES MÉNINGES RACHIDIENNES.

On trouve épars dans les auteurs un certain nombre de faits dans lesquels les membranes de la moelle ayant présenté des lésions telles qu'il en résultait une tumeur plus ou moins considérable, la moelle s'est trouvée comprimée, et de là des symptômes que M. Ollivier, d'Angers (1), a décrits sous le titre de *Compression lente, indépendante d'une altération des vertèbres ou de leurs ligaments.* Les tumeurs dont il s'agit peuvent être des *fongus de la dure-mère rachidienne* analogues à ceux de la dure-mère cérébrale, ou bien le résultat du développement d'un tissu accidentel, ou seulement, comme Ollivier en rapporte un exemple, un *épaississement considérable* des membranes. Les cas de ce genre sont rares; il suffit de les avoir énumérés, et d'en exposer très rapidement les symptômes.

Compression lente de la moelle. — La compression de la moelle ayant lieu lentement en pareil cas, les *symptômes* sont généralement peu prononcés, au moins pendant une assez grande partie du cours de la maladie. « Ils consistent, dit Ollivier, dans la *paralysie* plus ou moins complète du sentiment et du mouvement, ou de ces deux facultés à la fois, sans que le plus souvent il y ait une lésion notable des fonctions de l'intestin et de la vessie, organes qui ne sont soustraits à l'empire de la volonté que dans les derniers temps. On observe aussi très souvent l'*absence de la transpiration* cutanée dans les membres paralysés. La *peau* est sèche, l'épiderme s'en détache continuellement, et forme à sa surface une couche furfuracée. L'*infiltration des membres inférieurs* est encore un phénomène qu'on observe assez fréquemment quand la maladie dure depuis quelque temps. »

Je ne pousse pas plus loin cette description, parce que, dans l'article de l'auteur que je viens de citer, il est question de la compression lente de la moelle, quelle qu'en soit la cause, et que la plupart des détails que j'ajouterais ne s'appliqueraient pas aux lésions particulières dont je m'occupe ici. Ce que j'ai voulu montrer, c'est que les symptômes qui résultent des dégénérescences des méninges rachidiennes formant tumeur, ne diffèrent pas de ceux que nous avons signalés en parlant des *anévrysmes* qui viennent comprimer la moelle; et comme tout *traitement* est infructueux contre ces dégénérescences, cette indication suffit.

(1) *Traité des maladies de la moelle épinière*, 3[e] édit. Paris, 1837, p. 418 et suiv.

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Nous avons sur les maladies de la moelle épinière des renseignements un peu plus positifs que sur les affections des méninges rachidiennes; mais il ne faut qu'avoir parcouru les travaux des auteurs sur ce sujet de pathologie pour s'assurer que nous sommes encore bien loin d'avoir une histoire tout à fait satisfaisante de ces affections généralement fort graves. Avant que l'anatomie pathologique fût venue nous éclairer sur la nature des lésions dont la moelle épinière peut être le siége, on se contentait de décrire comme des maladies particulières un certain ensemble de symptômes ou un symptôme isolé, tel que la *paraplégie*. On trouve, en effet, le plus grand nombre des affections dont nous allons tracer l'histoire décrites sous ce nom de paraplégie dans la plupart des auteurs qui nous ont précédé ; et comme les observations qui ont servi à ces descriptions sont nécessairement très-incomplètes, il en résulte que la pathologie de la moelle épinière, comme celle du cerveau, ne peut guère être étudiée que dans les auteurs de ce siècle et de la fin du siècle dernier. Ollivier (d'Angers) étant, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'auteur qui a rassemblé et étudié le plus grand nombre d'observations de quelque valeur, c'est à lui qu'il faut faire les plus larges emprunts.

Suivant le même ordre que pour l'étude des affections des autres organes, je commencerai par décrire la *congestion sanguine de la moelle*, puis je passerai à l'étude de l'*hémorrhagie de cet organe*, de son inflammation ou *myélite*, et des diverses altérations dont il peut être le siége.

On voit que, dans cette énumération, je ne comprends pas une prétendue affection décrite par quelques auteurs anglais et américains sous le nom d'*irritation spinale;* j'ai prouvé ailleurs (1) qu'une fausse interprétation des symptômes a pu seule faire admettre l'existence de cette irritation, qui n'est autre chose que la *névralgie dorso-intercostale*, et, par conséquent, il serait inutile d'en faire l'histoire comme d'une maladie à part. J'ai dit, il est vrai, que dans quelques cas la congestion de la moelle épinière peut revêtir les caractères auxquels les auteurs cités plus haut reconnaissent une irritation de la moelle ; mais il me suffit de mentionner ici ces cas très rares.

ARTICLE Ier.

CONGESTION SANGUINE DE LA MOELLE.

La congestion sanguine de la moelle épinière est une des affections rachidiennes sur l[illegible]es données les moins positives. Pour le prouver, il me suffit de citer le passage suivant d'Ollivier (2) : « Je ne chercherai point, dit-il, à présenter ici une histoire des congestions rachidiennes que je viens d'étudier. Les faits que je rapporte ne sont pas encore assez nombreux pour servir de base à un résumé qui puisse offrir le tableau de tous les effets que les congestions sont sus-

(1) Voy. *Traité des névralgies*, article *Névralgie intercostale*.
(2) *Loc. cit.*, p. 136.

ceptibles de produire. En voulant généraliser ainsi les conséquences déduites d'un petit nombre d'observations, je m'exposerais à voir mes conclusions modifiées ou contredites par des observations ultérieures. » Or, comme depuis l'époque où écrivait cet auteur on n'a pas fait de recherches nouvelles un peu suivies, nous nous trouvons encore dans le même embarras, et il suffit, par conséquent, d'exposer rapidement les principaux points de cette histoire très incomplète.

Causes. — Les circonstances principales dans lesquelles on voit se développer la congestion de la moelle sont les suivantes. Nous signalerons d'abord la *suppression des flux :* ainsi la suppression du flux hémorrhoïdal, des règles, et même des lochies. On trouve aussi dans l'ouvrage d'Ollivier une observation dans laquelle la maladie s'est déclarée à la suite de la *suppression de la sueur des pieds.* Dans quelques autres observations, on voit, comme circonstance principale, une *inflammation du tube digestif,* à laquelle ont succédé les symptômes d'une congestion de la moelle; dans d'autres, c'est pendant la convalescence d'une maladie grave, de la *fièvre typhoïde* en particulier, que la maladie est apparue. Certains faits portent à croire qu'il n'est pas besoin d'une suppression complète des règles pour produire cet effet, et que l'*irrégularité de la menstruation* est une cause suffisante (1). On a encore attribué cette congestion au *vice rhumatismal,* et J. Frank, en particulier, reconnaît une *congestion rachidienne rhumatismale;* les faits ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse se prononcer sur ce point. Enfin on a rangé parmi les causes de la congestion sanguine de la moelle l'*abus des plaisirs vénériens* et la *masturbation.*

Symptômes. — Ollivier a divisé la congestion de la moelle épinière en deux espèces; mais, en examinant les faits, on voit que la seconde espèce n'est autre chose qu'une congestion avec complication d'hémorrhagie méningée ou *hématorachis.* Or j'ai plusieurs fois exposé les raisons qui nous engagent à ne considérer d'une manière spéciale que les maladies non compliquées, et je me contenterai, par conséquent, de décrire la première espèce, me réservant seulement de dire quelques mots de cette complication, surtout à l'article du traitement.

Le *début* de l'affection est assez souvent subit, comme celui de la *congestion cérébrale.* Il arrive même dans quelques cas, ainsi que le fait remarquer Ollivier, que les premiers accidents se manifestent la nuit, et le malade s'éveille alors avec des accidents divers, suivant que la congestion occupe une partie plus ou moins élevée de l'organe. Dans un bon nombre de cas, les symptômes surviennent peu à peu, et l'on voit apparaître d'abord la lourdeur des membres inférieurs, puis la difficulté des mouvements, jusqu'à ce que la paralysie soit manifeste. Les cas de ce genre sont ceux dans lesquels la maladie est le moins évidente.

Les symptômes de la maladie confirmée sont différents, suivant que la congestion occupe les divers points de la moelle. Si elle est [illegible] à la partie inférieure, on observe la *paralysie* plus ou moins complète des membres inférieurs, quelquefois avec une *douleur* ordinairement peu vive des lombes ou de la région sacrée, souvent en l'absence de toute douleur. Si la congestion remonte jusqu'au bulbe rachidien supérieur, il y a en outre une gêne plus ou moins grande de la *respiration,* et la paralysie s'empare des membres supérieurs.

(1) Voy. Ollivier, obs. 75.

Les cas ne sont pas très rares où l'on n'a pas observé d'autres symptômes que la paralysie bornée aux *membres supérieurs.* Ollivier en cite plusieurs exemples. Dans les cas ordinaires, la *vessie* et le *rectum* ne présentent pas cette paralysie que nous trouverons fréquemment dans le ramollissement de la moelle. Chez quelques sujets dont la maladie a été mortelle, ce symptôme s'est manifesté à un médiocre degré vers les derniers temps de la maladie.

La *sensibilité* ne présente ordinairement rien de remarquable, lorsqu'il n'y a pas de complication. Cependant, chez les sujets dont l'affection est portée au plus haut degré, il y a une obtusion de la sensibilité dans les membres plus ou moins complétement paralysés ; mais comme les cas de ce genre sont ceux dans lesquels la maladie se développe graduellement, il y a quelques doutes sur la nature du mal.

On ne trouve du côté des autres appareils aucun phénomène qui appartienne en propre à l'affection qui nous occupe. Dans les cas simples, les fonctions cérébrales restent intactes jusqu'au dernier moment, et lorsque le malade succombe, il peut conserver jusqu'à la mort toute sa connaissance.

J'ai dit plus haut qu'il n'est pas rare de voir l'*hémorrhagie méningée* se joindre à la congestion de la moelle. Les signes qui annoncent cette complication sont les *convulsions*, la *contracture* des membres qui reçoivent l'influx nerveux de la partie congestionnée, et de plus une *douleur* vive dans un point plus ou moins étendu de la colonne vertébrale. Il est rare que, même dans les cas les plus simples, la congestion ne se montre pas à la fois dans la moelle et dans la pie-mère qui la recouvre, sans qu'il y ait toutefois un véritable hémato-rachis. On a trouvé, dans cette circonstance, une explication de la paralysie du mouvement en l'absence de la paralysie du sentiment. On a dit, en effet, que la moelle étant plus rapprochée de la paroi antérieure du conduit rachidien que de la postérieure, la compression résultant de la turgescence des vaisseaux méningés devait se faire principalement sur les cordons antérieurs, d'où partent les nerfs du mouvement ; mais ce n'est pas là encore un fait démontré.

Marche, durée, terminaison de la maladie. — La *marche* de la maladie est variable suivant les cas. On voit des sujets qui éprouvent brusquement les accidents que je viens d'énumérer, et qui, au bout d'un petit nombre d'heures, en sont débarrassés ; parfois même les accidents se reproduisent plus tard de cette manière, ce qui constitue des espèces d'accès ; mais ces cas sont les plus rares. Ordinairement la congestion, qu'elle soit survenue brusquement ou lentement, persiste pendant un temps assez long ; c'est du moins ce qu'on remarque dans la plupart des cas cités par Ollivier. Il suit de là que la *durée* de cette affection peut être assez considérable. Il est rare que les sujets aient recouvré l'intégrité de leurs fonctions avant quelques semaines, et souvent la durée est de deux ou trois mois. N'y a-t-il dans ces derniers cas qu'une simple congestion ? C'est ce qu'il est impossible de décider dans l'état actuel de la science.

La *terminaison* s'est montrée rarement funeste dans les cas rapportés par les auteurs. Lorsque les accidents se sont dissipés très rapidement, comme dans les cas de congestion cérébrale brusque, on n'a pas pu conserver de doute sur la nature de la maladie ; mais lorsque la guérison s'est fait longtemps attendre, ce qui, il faut le dire, est le cas le plus fréquent, le diagnostic offre la même incertitude que

dans ces cas de congestion cérébrale lente dont nous avons parlé dans un autre article, en sorte que, sur ce point, ce que nous pourrions dire de la terminaison n'aurait pas une précision très grande.

Les *lésions anatomiques* sont les mêmes que celles de la congestion cérébrale, sauf que la congestion rachidienne porte au moins autant, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, sur la pie-mère rachidienne que sur la moelle elle-même. Dans un cas très intéressant recueilli par Dance et rapporté par Ollivier, la congestion n'avait existé que dans les membranes, ou du moins elle avait été très faible dans la moelle, puisque l'autopsie ayant été faite, Dance trouva la moelle *intacte*. Je n'ai pas besoin d'ajouter que cette congestion de la pie-mère consiste dans la turgescence des vaisseaux sanguins et dans la multiplicité des petits vaisseaux apparents.

Diagnostic. — Ce que j'ai dit plus haut de la difficulté de tracer une description exacte de la congestion rachidienne a dû nous faire pressentir la difficulté du diagnostic dans un bon nombre de cas. Lorsque les accidents surviennent brusquement et se dissipent en peu d'instants, le diagnostic ne présente guère d'incertitude; on ne pourrait, en effet, hésiter qu'entre une congestion brusque et une *apoplexie sanguine de la moelle;* mais l'hésitation ne serait pas de longue durée, car la prompte disparition des accidents ne permet pas de songer longtemps à une hémorrhagie. Mais les cas de ce genre sont les plus rares; ordinairement la maladie est survenue lentement et se dissipe de même. Il est bien difficile alors de repousser complétement l'idée d'une affection intéressant plus ou moins profondément l'organe (ramollissement de la moelle, compression, etc.). Les circonstances dans lesquelles la maladie s'est produite (1) peuvent donner des présomptions, mais non des certitudes. Il serait donc prématuré de vouloir présenter un diagnostic très précis, et c'est pourquoi, imitant la sage réserve d'Ollivier, je n'insiste pas davantage.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est ordinairement peu grave; aussi serait-il très-nécessaire de pouvoir porter le diagnostic avec plus de certitude. C'est un sujet qui, par son importance, se recommande vivement aux observateurs. Mais quelquefois, nous l'avons vu, il suffit d'une congestion étendue et prolongée pour causer la mort; c'est ce qui ressort de quelques observations citées par Ollivier. Lorsque la paralysie occupe une très grande étendue du corps, lorsque la respiration devient très gênée, le cas est beaucoup plus grave que dans les conditions opposées; et s'il survient des convulsions, de la roideur, on doit craindre une complication d'hémato-rachis, qui est très-grave.

Traitement. — Voici comment Ollivier expose ce qui résulte des observations relativement au traitement: « On peut conclure, dit-il, du rapprochement des faits que je rapporte comme exemples des deux espèces de congestion rachidienne, que, *dans la première* (congestion simple), il convient d'appliquer des *sangsues* sur la région vertébrale, seulement quand il existe une douleur dorsale; dans le cas contraire, on devra recourir, dès le début, aux *vésicatoires volants*, fréquemment répétés, jusqu'à ce que la paralysie soit dissipée.

» Quand les accidents persistent, malgré l'emploi continué de ce traitement, il peut être fort utile de mettre l'*électricité* en usage, en plaçant un des conducteurs

(1) Voyez ce que nous avons dit des *causes*.

sur le rachis, et l'autre à l'extrémité de chacun des doigts ou des orteils successivement. Ce fluide agit-il en favorisant la résorption du liquide, ou en activant la circulation dans les parties où son cours est ralenti ou entravé momentanément? Quel que soit le mode d'action de cet agent thérapeutique, on a vu que dans plusieurs cas on lui a dû la guérison.

» Les *purgatifs salins* seconderont souvent l'efficacité du traitement.

» *Dans la seconde espèce* de congestion rachidienne (congestion avec hématorachis), la nature des symptômes réclame dès l'origine un traitement antiphlogistique énergique. Les *saignées générales*, et surtout des applications réitérées d'*un grand nombre de sangsues* sur la région douloureuse du rachis, sont particulièrement indiquées.

» Après les évacuations sanguines ainsi répétées, si l'on obtient peu de diminution dans les accidents, ne conviendrait-il pas d'employer alors des *applications d'eau froide* et de *glace* sur les points où la congestion paraît avoir plus particulièrement son siége? »

J'ai peu de chose à ajouter à ce traitement proposé par Ollivier. Je pense cependant qu'on peut indiquer les *saignées générales* dans le traitement de la première espèce, qui est la congestion simple dont nous nous occupons ici. Il est évident, en outre, que les *ventouses scarifiées* peuvent remplacer, et souvent avec avantage, les sangsues.

ARTICLE II.

HÉMORRHAGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

L'hémorrhagie de la moelle épinière n'a pas pu être étudiée, à beaucoup près, aussi bien que l'hémorrhagie cérébrale. Cependant nous en possédons plusieurs exemples fort intéressants, dont les principaux ont été rassemblés par Ollivier (d'Angers); ils suffisent pour servir de sujet à des considérations générales de quelque intérêt.

Faut-il étudier cette affection suivant qu'elle occupe tel ou tel point de la moelle? Je pense que cette division n'est réellement utile que quand il s'agit d'exposer les symptômes et de discuter le diagnostic; j'y aurai égard en traitant de ces deux points.

§ I. — Définition, synonymie.

L'hémorrhagie de la moelle est l'extravasation du sang dans la substance médullaire; c'est une affection rare. On lui a donné les noms d'*apoplexie de la moelle*, d'*hématomyélie;* celui que j'adopte ici est aujourd'hui le plus usité.



§ II. — Causes.

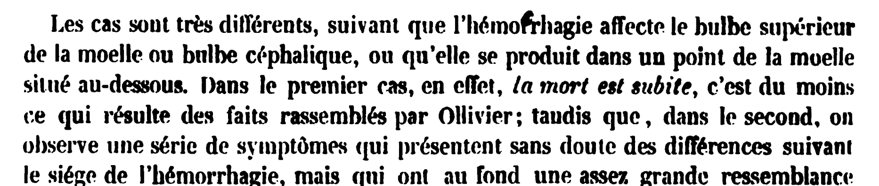
L'étiologie de cette affection n'a réellement pas été étudiée. On ne remarque ordinairement dans les observations citées aucune circonstance qu'on puisse regarder comme cause prédisposante ou occasionnelle. Je ne trouve que deux faits, rapportés l'un par le docteur Bellingeri (1), et l'autre par M. Grisolle (2), qui

(1) *Annal. univ. di med.*, octobre et novembre 1824.

(2) *Observ. de maladie de la moelle* (*Journ. hebd. de méd.*, janvier 1836).

fournissent quelques renseignements à cet égard. L'un des deux malades souffrait beaucoup *quand il descendait de voiture* après une course même peu considérable, et c'est peu d'heures après un voyage en voiture qu'il succomba par suite d'une hémorrhagie de la moelle ; l'autre avait l'habitude de porter de *lourds fardeaux sur les épaules*. Je cite ces faits pour mémoire, me gardant bien d'ajouter la série de causes que les idées théoriques ont pu faire admettre à quelques auteurs, mais que ne sanctionne pas l'expérience.

§ III. — Symptômes.



Les cas sont très différents, suivant que l'hémorrhagie affecte le bulbe supérieur de la moelle ou bulbe céphalique, ou qu'elle se produit dans un point de la moelle situé au-dessous. Dans le premier cas, en effet, *la mort est subite*, c'est du moins ce qui résulte des faits rassemblés par Ollivier ; tandis que, dans le second, on observe une série de symptômes qui présentent sans doute des différences suivant le siége de l'hémorrhagie, mais qui ont au fond une assez grande ressemblance pour qu'on en puisse tracer une description générale.

Voici d'abord le résumé qu'Ollivier nous a donné des cas qu'il a rassemblés :

« Chez tous les malades, sans exception, une douleur locale, vive, et qui correspondait au siége de l'hémorrhagie, s'est manifestée, *tantôt sans symptômes précurseurs, tantôt précédée, pendant un temps variable, de douleurs rachidiennes plus ou moins étendues*, mais dont le point de départ est toujours en rapport avec celui de l'hémorrhagie.

» Dans le premier cas, la *paralysie est subite et instantanée ;* dans le second, elle survient un, deux, trois et quinze jours après l'apparition des premiers accidents, et quelquefois alors *elle se manifeste progressivement*.

» Une *sensation douloureuse* peut précéder la paralysie du *mouvement* et du *sentiment* dont les membres sont frappés ultérieurement ; mais on *n'observe pas les secousses convulsives des membres, les contractions cloniques* qui existent dans l'apoplexie de la moelle allongée.

» Au moment de l'*attaque*, le malade *tombe tout à coup*, mais *sans perdre connaissance ;* frappé de paralysie, il lui est impossible de conserver un instant l'équilibre.

» A ces phénomènes s'ajoute une *dyspnée* de plus en plus grande, et qui hâte ordinairement la mort *quand l'hémorrhagie a son siége* dans la portion cervicale de la moelle épinière (renflement cervical). L'absence de toute autre altération récente chez le sujet dont M. Hutin a rapporté l'histoire porte à penser que l'hématomyélie de la région cervico-dorsale peut causer rapidement la mort. Le fait observé par M. Gaultier de Claubry (*infiltration sanguine de la moelle* avec hémato-rachis) prouve qu'une semblable *terminaison* succède aussi très promptement à une désorganisation qui frappe la moelle dans toute son étendue. »

Telle est la description des symptômes présentée par Ollivier ; il y manque plusieurs détails importants, dont je vais donner une énumération rapide.

Parmi les *symptômes précurseurs*, il faut noter une douleur qui parfois occupe le pourtour du tronc, comme une ceinture, et que M. Grisolle a particulièrement *remarquée*. Dans quelques cas, et principalement dans celui que cet auteur a

observé, les symptômes précurseurs étaient dus à un ramollissement de la moelle, au milieu duquel s'est faite l'hémorrhagie.

La *paralysie* porte sur le sentiment et sur le mouvement, mais beaucoup plus sur ce dernier. Dans le fait rapporté par M. Grisolle, il y avait ceci de remarquable, que par moments les membres inférieurs recouvraient un peu de sensibilité qu'ils reperdaient ensuite. Il existe ordinairement une paralysie des deux côtés du corps; cette paralysie n'occupe que les membres inférieurs lorsque la lésion a son siége à la région lombaire; elle se montre dans ces membres et dans une partie du tronc, ainsi que dans la vessie et dans l'intestin (*rétention d'urine*, *urine rendue par regorgement*, *constipation*, *selles involontaires*), lorsque l'hémorrhagie s'est faite vers la région dorsale. Si le renflement cervical est occupé par le foyer sanguin, aux symptômes précédents se joignent la paralysie des bras et la suffocation.

L'observation recueillie par M. Grisolle est on ne peut plus intéressante sous ce point de vue, d'autant plus qu'elle a été recueillie avec le plus grand soin. La *respiration* était extrêmement pénible; les efforts impuissants des muscles inspirateurs se faisaient remarquer au premier abord, et l'*on n'entendait pas le murmure respiratoire*, ce qui tenait, sans aucun doute, à ce que la quantité d'air que les contractions pénibles des muscles attiraient dans le poumon était trop peu considérable. Il y a, en pareil cas, une véritable asphyxie lente. En outre, par suite de la faiblesse extrême de la respiration, il y avait une *aphonie* qui mérite d'être mentionnée.

Ordinairement la paralysie occupe les deux côtés du corps, parce que l'hémorrhagie n'est presque jamais bornée à un seul côté de la moelle; mais si la lésion est ainsi circonscrite, il en résulte une *hémiplégie*, comme le démontrent quelques faits cités par Ollivier. C'est du même côté que la lésion que s'observe cette hémiplégie.

L'*intelligence* reste intacte; dans quelques cas on a noté de très légers étourdissements qui n'ont pas une importance réelle.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Parmi les cas qui ont été rapportés par les auteurs, la plupart, ainsi que nous l'avons vu plus haut, présentent des symptômes précurseurs très notables, après lesquels survient brusquement la paralysie plus ou moins étendue, qui persiste ensuite jusqu'au dernier moment. Telle est la marche ordinaire de la maladie; quelquefois, au contraire, il n'existe aucun symptôme précurseur, et la paralysie survient à l'improviste, comme dans un certain nombre de cas d'hémorrhagie cérébrale. Enfin M. Monod a cité une observation dans laquelle l'hémorrhagie s'est produite lentement, comme l'[redacted]alysie croissante.

La [redacted] est variable; en général, néanmoins, on voit succomber les sujets en peu de jours. Dans les cas de guérison, la maladie peut laisser des traces ineffaçables, comme chez les sujets atteints d'hémorrhagie cérébrale.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Lorsque la paralysie se produit brusquement, surtout sans aucun symptôme précurseur, le diagnostic ne présente pas de grandes difficultés, car la persistance

de la paralysie, après les premiers accidents, suffit pour éloigner l'idée d'une simple *congestion sanguine de la moelle;* cependant on peut se demander si un ramollissement inflammatoire ne pourrait pas se produire d'une manière subite dans cet organe aussi bien que dans le cerveau. C'est une question qui ne peut être résolue dans l'état actuel de la science, quoique tout nous porte à admettre la possibilité du fait. Lorsqu'il existe des symptômes précurseurs, l'invasion subite de la paralysie dans les points situés au-dessous de la région où s'était fait sentir la douleur due au ramollissement, la chute du malade au moment de l'attaque, l'impossibilité de se relever, sont les signes auxquels on reconnaît l'existence de cette hémorrhagie.

Pronostic. — « L'hématomyélie, dit Ollivier (1), est-elle susceptible de guérison ? La question n'est pas douteuse. Le cas rapporté par M. Cruveilhier la résout affirmativement. Le foyer apoplectique découvert à l'autopsie datait évidemment de la première attaque, c'est-à-dire de cinq ans environ, pendant lesquels M. M... avait joui d'une parfaite santé. Il peut donc survenir ici les mêmes phénomènes locaux que dans la moelle allongée et le cerveau. La guérison sera d'autant plus complète, que l'épanchement aura simplement écarté les vaisseaux nerveux sans interrompre leur continuité. » Il faut ajouter, pour compléter le pronostic, que le siége de la maladie est une considération très importante quand il s'agit d'en juger la gravité. Plus, en effet, on se rapproche du bulbe rachidien, plus l'affection est grave. La gêne excessive de la respiration, lorsque l'hémorrhagie occupe la partie supérieure de la moelle, est, ainsi que nous l'avons vu plus haut, une circonstance très fâcheuse, puisque le malade succombe par asphyxie.

§ VI. — Traitement.

Du petit nombre de faits un peu détaillés qui ont pu être réunis, il n'est pas possible de tirer des conséquences thérapeutiques très précises. Voici comment s'exprime sur ce point Ollivier, qui a étudié ces faits : « Le traitement, dit-il, doit principalement consister en *saignées* abondantes, *générales* et *locales;* leur action sera très utilement secondée par un *repos absolu*, les mouvements imprimés au tronc pouvant nuire au travail de résorption que des pertes de sang réitérées doivent tout à la fois favoriser et hâter. L'observation de M. Monod montre que l'application de *dérivatifs énergiques* près du siége de l'hémorrhagie peut être plutôt nuisible qu'avantageuse; toutefois les cas d'hématomyélie sont trop peu nombreux pour qu'on puisse tracer encore toutes les règles du traitement que réclame cette maladie. » On peut ajouter à ce traitement les divers *moyens excitants* que l'on emploi contre la paralysie persistante, dans les cas où les premiers accidents ont complétement cessé ; mais je n'entrerai ici dans aucun détail à ce sujet, parce que j'aurai à m'en occuper longuement à l'occasion du traitement de la paraplégie, due soit à la myélite, soit à toute autre lésion.

(1) *Loc. cit.*, p. 200.

ARTICLE III.

MYÉLITE.

La *myélite* est une affection dont l'histoire laisse encore beaucoup à désirer, bien que nous possédions sur elle un certain nombre d'observations fort intéressantes. Dans le cours de cet article, je mentionnerai les travaux les plus importants sur ce point de pathologie ; c'est pourquoi je vais exposer immédiatement la description de cette maladie, qu'il faut diviser en *aiguë* et en *chronique*.

1° MYÉLITE AIGUË.

Les symptômes observés dans les différents cas de myélite aiguë qui ont été publiés par les auteurs sont assez variables, et nulle part on ne trouve une analyse très rigoureuse de ces faits, en sorte que la description de cette affection ne peut pas avoir, dans l'état actuel de la science, toute la rigueur désirable, et que, comme on le verra plus loin, le diagnostic, dans un certain nombre de cas, offre beaucoup de difficultés.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *myélite aiguë* à l'inflammation qui reste bornée à la substance nerveuse de la moelle, et qui parcourt rapidement ses périodes. On voit, d'après cette définition, qu'on aurait tort de décrire, avec Bergamaschi (1) et quelques autres, comme une seule et même maladie, la méningite rachidienne et l'inflammation de la moelle elle-même.

On a pensé que cette affection avait été désignée par Hippocrate sous le nom de *pleuritidis dorsalis*, mais rien n'est moins prouvé. La myélite, soit simple, soit compliquée, a été encore décrite sous les noms de *rachialgitis*, *spinitis*, *notæomyelitis*. Le nom que nous adoptons a généralement prévalu.

On ne saurait regarder la myélite aiguë comme une maladie fréquente, et l'on doit attribuer au trop petit nombre d'occasions que nous avons de l'étudier les obscurités qui se trouvent encore dans son histoire.

§ II. — Causes.

Voici comment s'exprime Ollivier au sujet des causes ; il serait difficile d'ajouter quelque chose d'important à ce passage : « A l'exception des causes apparentes, telles que les *efforts*, les *chutes*, les *coups violents* portés sur le rachis, la *fracture* et le *déplacement des vertèbres*, l'*altération de ces os ou de leurs téguments* par une carie scrofuleuse ou par le rachitis, il est souvent difficile de connaître celles sous l'influence desquelles la myélite peut se développer spontanément... On l'observe plus souvent chez l'*homme* que chez la *femme*.

» La *suppression des règles et des hémorrhoïdes fluentes* peut, suivant Vogel (2), déterminer cette inflammation. N'a-t-il pas confondu les effets de la congestion avec ceux de la myélite ? On la voit aussi se développer, selon J. P. Frank (3),

(1) *Sulla mielitide stenica*, etc. Pavia, 1820.
(2) *Handb. des prakt. Arz. Wiss.*, t. IV.
(3) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, t. I, p. 117.

consécutivement à une *méningite cérébrale*, à une *pneumonie*, et à l'*inflammation des organes digestifs*. M. Ribes pense, comme ce dernier observateur, que le *rhumatisme* en est souvent la cause. On l'a vue succéder à des *variations de la température*, à une *transition brusque et répétée du froid à la chaleur*. Houstet a publié (1) une observation fort intéressante qui démontre qu'une paraplégie avec abolition des fonctions de la vessie et de l'intestin peut dépendre d'une *cause vénérienne*, et guérir complétement sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. »

Je dirai, relativement à l'âge, que Billard a trouvé cette affection chez des *enfants nouveau-nés*, que MM. Barthez et Rilliet ont rapporté plusieurs observations de myélite aiguë chez des enfants d'un âge plus avancé, et je me contenterai de mentionner les causes suivantes signalées par les auteurs, sans preuves suffisantes : *masturbation*, *excès vénériens*, *coït dans la position verticale; affections du cœur; convalescence des maladies graves; répercussion d'une maladie cutanée*, etc., etc.

On voit, d'après le vague de ces renseignements, que nous savons très peu de chose sur les causes de cette maladie. Il n'en est peut-être pas une, parmi celles que nous venons de citer (les violences extérieures exceptées), qui puisse soutenir l'épreuve des faits.

§ III. — Symptômes.

Beaucoup de symptômes sont différents, suivant que la maladie a son siége dans tel ou tel point de la moelle épinière; mais il en est quelques-uns qui sont communs à tous les cas et qu'il importe de faire connaître d'abord. MM. Barthez et Rilliet ont divisé l'affection en deux formes : la *forme tétanique* et la *forme non tétanique;* malheureusement ils ne nous disent pas si ces deux formes correspondent à des lésions différentes, soit par leur siége, soit autrement, en sorte qu'il est difficile de se servir des résultats de leur observation.

Début. — On a vu, dans quelques cas, des vomissements bilieux annoncer le début de la maladie comme dans la méningite; mais malheureusement on n'a pas recherché quel était le point de la moelle lésé en pareil cas. Le docteur Girard (de Marseille) a rapporté un cas dans lequel les vomissements ont non-seulement été le premier symptôme, mais encore ont persisté très longtemps; mais l'autopsie n'ayant pas été faite, la nature de la lésion n'a pas pu être suffisamment établie dans ce cas d'ailleurs fort remarquable (2). Souvent c'est par des fourmillements et l'engourdissement des doigts et des orteils que commence la maladie; parfois on n'observe au début que des convulsions partielles. Il est rare que la douleur apparaisse en même temps que ces phénomènes; mais lorsqu'elle doit exister, elle ne tarde pas à se faire sentir. On voit, dans quelques cas, cet appareil de symptômes se dissiper pour se produire plus tard.

Description des symptômes. — La *douleur* est signalée par tous les auteurs comme un des symptômes importants de la myélite. Cependant on a cité un certain nombre de cas dans lesquels elle n'existait pas. Y avait-il réellement alors une in-

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. IV.
(2) Voy. *Arch. gén. de méd.*

flammation, ou bien n'existait-il qu'un ramollissement non inflammatoire ? C'est ce qui, malheureusement, n'a pas été suffisamment recherché. Suivant les auteurs du *Compendium* (1), la cause la plus ordinaire de ces douleurs est l'inflammation des méninges spinales. Je crois qu'il y a de l'exagération dans cette manière de voir. Dans la plupart des observations que j'ai parcourues, les membranes étaient intactes. La douleur, lorsqu'elle existe, est fixe, ne présente pas d'exacerbations marquées, *augmente* ordinairement *par les mouvements*. Il est néanmoins des cas dans lesquels la *pression* convenablement exercée peut seule la développer. Klobss (2) a avancé que le décubitus dorsal augmente la douleur, mais Ollivier n'a constaté cet effet dans aucun des cas qu'il a observés, en sorte qu'on est porté à croire que Klobss a pris l'exception pour la règle.

Ollivier propose, pour déterminer le siége de la douleur, de porter successivement un ou deux doigts sur toutes les apophyses épineuses, et de presser légèrement sur chacune d'elles. Par ce moyen, il a déterminé de la douleur dans des points jusque-là indolores. On comprend difficilement, après cela, que le même auteur dise que la pression n'exaspère pas cette douleur. Cela peut être dans quelques cas, mais non assurément dans tous.

Un autre moyen d'exploration a été recommandé par le docteur Copland (3). Il consiste à promener lentement le long du rachis une éponge imbibée d'eau suffisamment chaude. Sur les parties saines, l'eau ne produit qu'une sensation de chaleur ; sur le point enflammé, cette sensation est brûlante. Les auteurs du *Compendium* citent des cas dans lesquels cette exploration n'a donné aucun résultat semblable.

Je n'ai pas besoin de dire combien il est important d'établir, quand on le peut d'une manière précise, le siége de la douleur, puisque la connaissance du point où siége le mal peut être très utile quand il s'agit de déterminer la gravité du pronostic.

La *paralysie* est le symptôme le plus important de cette affection. C'est principalement sur la *motilité* que porte cette paralysie. Aux fourmillements, au simple engourdissement des extrémités succède une faiblesse qui se fait ordinairement sentir soit dans les pieds, soit dans les mains, avant d'envahir le reste des membres. Puis ceux-ci se prennent à leur tour, et comme c'est surtout dans les membres inférieurs que se montre ce symptôme, c'est par la paralysie des extrémités inférieures que nous allons commencer cette description.

Dans les cas que nous connaissons, la *paraplégie* étant survenue d'une manière lente, voici ce qu'on a observé. Le malade éprouve d'abord une faiblesse marquée dans l'articulation tibio-tarsienne ; il ne détache pas aussi bien qu'auparavant la pointe du pied du sol, et s'il marche sur un terrain raboteux, il bronche fréquemment. Plus tard, la pointe du pied traîne sur le sol à chaque pas, et la plante retombe à plat ; ces symptômes vont ensuite en augmentant, et à une époque plus ou moins éloignée, la faiblesse gagnant l'articulation fémoro-tibiale, le genou fléchit chaque fois que le malade appuie le membre sur le sol. Plus tard encore, le membre

(1) Monneret et Fleury, *Compendium de méd. prat.* Paris, 1846, t. VI, p. 145.
(2) *Dissertatio de myelitide*. Halæ, 1820.
(3) *Observ. on the symptoms and treatment of the diseases of spina*, etc. London, 1815.

peut à peine soutenir le poids du corps, et lorsque le malade veut l'enlever du sol, il fait un mouvement de la hanche et du tronc pour entraîner cette masse presque inerte, de sorte que la progression a lieu plutôt à l'aide des muscles du bassin et du tronc qu'à l'aide des muscles de la cuisse et de la jambe. Enfin il arrive un moment où le membre ne peut plus exercer aucun mouvement ; le malade ne peut pas l'élever au-dessus du plan du lit, et dès qu'il veut s'appuyer dessus, il fléchit, et une chute devient imminente.

Je viens de décrire cette paralysie comme si elle n'affectait qu'un seul membre, mais seulement pour plus de facilité ; car l'inflammation de la moelle occupant les deux côtés de cet organe, la paralysie est double. Cependant il est assez fréquent de voir un membre plus profondément affecté que celui du côté opposé, ce que l'on reconnaît promptement en faisant marcher le malade, s'il le peut encore, le pied du côté le plus affecté se détachant beaucoup plus facilement du sol que celui du côté opposé. Si le malade est au lit, on s'assure du fait en lui disant d'élever successivement chacun des membres inférieurs.

Dans presque tous les cas, il finit par arriver un moment où le plus petit mouvement volontaire est aboli. Si alors les malades ont les jambes croisées, ils ne peuvent plus les décroiser, et ils sont obligés de mouvoir avec leurs mains les membres paralysés comme des masses inertes.

Dans quelques cas on observe des *secousses convulsives*, pendant lesquelles il est facile d'apercevoir la contraction brusque des muscles fléchisseurs dont la saillie et la dureté sont d'autant plus remarquables que le membre est devenu flasque et amaigri. J'ai vu quelquefois ces contractions se produire à plusieurs reprises en peu de temps, et à chaque fois fléchir un peu plus le membre. Ceci m'amène à dire un mot d'un *mouvement involontaire* signalé par M. Louis dans la myélite chronique (*Mémoires et recherches*, etc.), et que malheureusement on n'a pas recherché dans la myélite aiguë. Nous verrons, en effet, en parlant de cette maladie à l'état chronique, que, dans des cas bien caractérisés, on a noté une contraction involontaire et insensible qui ramène dans la flexion les membres d'abord étendus. Faut-il rapprocher de ce symptôme les convulsions successives dont je viens de parler ? C'est ce que je pense ; mais de nouvelles recherches sont nécessaires à ce sujet.

On observe quelquefois une *roideur* plus ou moins prononcée des membres affectés. En pareil cas, comme dans ceux que je viens de citer, les membres se fléchissent, mais on a de la peine à les étendre ; les contractions involontaires des muscles fléchisseurs s'y opposent. Dans ces mêmes cas, les membres inférieurs sont ordinairement rapprochés l'un de l'autre, et l'on a assez de peine à les écarter. Quelquefois cette roideur devient très considérable. La roideur n'est pas un symptôme continu. Après l'avoir présentée pendant un temps plus ou moins long, les membres retombent dans leur inertie, puis on la voit se reproduire, et cela quelquefois à de nombreuses reprises, jusqu'à ce que la *résolution* devienne *complète* vers les derniers temps de la maladie.

La *vessie* et le *rectum* sont parfois exempts de cette paralysie ; cependant les cas ne sont pas rares où la *rétention* plus ou moins complète de l'urine, la *constipation* par accumulation des matières dans le gros intestin, alternant avec des selles abondantes, annoncent, même à une époque peu éloignée du début, que ces deux

organes sont affectés. Tous les praticiens savent combien il est important d'avoir présente à l'esprit la possibilité de l'existence de ces symptômes.

« J'ai remarqué si souvent, dit Ollivier, la coïncidence de ces deux phénomènes, savoir, lenteur plus ou moins grande de l'expulsion de l'urine dès le début, et contraction convulsive des membres inférieurs chez les malades qui avaient éprouvé des douleurs rhumatismales articulaires longtemps avant que l'affection de la moelle épinière se manifestât, que je n'hésite pas aujourd'hui à considérer la *myélite* comme *rhumatismale*, quand les malades me présentent ces deux symptômes dès l'origine de leur maladie. » Puis il ajoute . « Les secousses convulsives et *quelquefois douloureuses* des muscles des membres ne dénoteraient-elles pas que, dans ces cas, les enveloppes fibreuses de la moelle épinière participent à l'inflammation? » Cette question prouve suffisamment que la manière de voir de l'auteur sur la nature de la maladie, dans les cas dont il s'agit, n'est pas très solidement établie sur les faits; car, d'une part, elle nous apprend que le diagnostic, n'a pas été, chez un certain nombre de sujets du moins, vérifié par l'autopsie, et, de l'autre, il est évident que si, pour produire les contractions, il faut que l'inflammation soit étendue aux enveloppes fibreuses de la moelle épinière, on ne peut pas se prononcer affirmativement sur la nature rhumatismale de la maladie, puisqu'une pareille inflammation, de quelque nature qu'elle soit, peut avoir le même effet.

Il est assez fréquent de voir la *sensibilité* se perdre en même temps que la motilité s'affaiblit. Dans les premiers temps, les malades s'en aperçoivent principalement en marchant. Ils sentent à peine le sol quand ils y posent le pied, et il leur semble, même sur la pierre, qu'ils marchent sur un tapis épais. Plus tard, le pincement, les piqûres sur la peau, sont de plus en plus difficilement sentis, jusqu'à ce que la sensibilité soit entièrement détruite, ce qui n'est pas ordinaire.

Dans quelques cas, au contraire, la sensibilité est exaltée, au moins pendant une certaine partie du cours de la maladie; et enfin il n'est pas très rare de voir la sensibilité rester à l'état normal, alors même que la motilité est complétement ou presque complétement détruite. Nous verrons plus loin à quoi l'on a attribué ces différences.

Quelques sujets éprouvent des *douleurs* parfois sourdes et continues dans les membres affectés, plus souvent vives et passagères. Il est quelquefois impossible d'imprimer au membre un mouvement sans causer une vive douleur; mais les cas de ce genre sont rares. Dans mes recherches sur les *névralgies*, j'ai constaté que les sujets atteints de paraplégie sont très exposés aux névralgies des membres inférieurs; mais, dans les cas que j'ai observés, je n'ai pas pu déterminer d'une manière suffisamment précise s'il s'agissait réellement d'une inflammation de la moelle.

Il est facile d'appliquer aux *membres supérieurs* ce que je viens de dire des membres inférieurs. La paralysie, la roideur, la contracture, s'y font remarquer de la même manière, soit que les mêmes phénomènes se passent en même temps dans les membres inférieurs, soit que les membres supérieurs soient seuls affectés. Dans un cas que j'ai eu récemment sous les yeux à l'Hôtel-Dieu annexe, la douleur fut surtout remarquable; les moindres mouvements imprimés au bras droit causaient de vives souffrances dans l'épaule, et la résolution du membre survint progressive-

ment, avec des alternatives de contracture. A gauche, il n'y eut que de la contracture et un affaiblissement médiocre de la puissance musculaire.

Du côté des *organes de la digestion*, on n'observe pas de phénomènes très remarquables dans les premiers temps de la maladie, à moins qu'il n'y ait un mouvement fébrile assez marqué; aussi voit-on, lorsque la maladie ne se manifeste que progressivement, les sujets conserver leur appétit et ne se plaindre que de la constipation. Mais, dans un nombre assez considérable de cas, il y a de la *fièvre* dans les premiers temps. « Le pouls, dit Ollivier, est fréquent, développé, irrégulier, tumultueux; en un mot, il existe un état fébrile offrant quelquefois des *paroxysmes;* la respiration est gênée et fréquente. »

Enfin on a signalé comme symptômes de la myélite aiguë l'*érection du pénis* (ce qui est rare) et l'*alcalinité des urines.*

Vers la fin de la maladie, toutes les fonctions paraissent frappées d'inertie; les malades maigrissent, pâlissent; leur peau devient terreuse, et c'est alors que surviennent les *selles involontaires*, qui les affaiblissent considérablement. Enfin ils succombent ordinairement après une agonie assez longue, et en conservant souvent leur connaissance, quand il n'y a pas de complication du côté de l'encéphale.

Après cette description générale, il faut, à l'exemple d'Ollivier, rechercher quels sont les symptômes qui se font observer suivant que l'inflammation occupe tel ou tel point de la moelle épinière.

Myélite du bulbe céphalique. — Voici comment Ollivier décrit les symptômes produits par cette lésion (1) : « Quand la portion supérieure ou crânienne de ce cordon nerveux est le siége de l'inflammation, il y a souvent *trouble des sens, délire furieux, grincement des dents;* la *langue* est rouge, sèche, la *déglutition* difficile, la *parole* impossible; les mouvements de la *respiration* sont pressés, tumultueux; des *vomissements* surviennent, etc.; on a vu quelquefois des symptômes d'*hydrophobie*. A ces phénomènes succède une *hémiplégie* plus ou moins subite, suivie d'une *paralysie* générale, ou bien une *hémiplégie seule*, suivant que le ramollissement occupe un seul faisceau ou les deux faisceaux antérieurs de la moelle. Dans ce dernier cas, la paralysie du mouvement et de la sensibilité atteint quelquefois *simultanément les quatre membres...* » Il peut y avoir des *contractures des membres*, des *phénomènes convulsifs*, de la *dyspnée*, de l'*irrégularité dans les mouvements du cœur.*

Myélite de la portion cervicale. — Ces symptômes, dit Ollivier, à qui j'emprunte ces détails, parce qu'il a analysé les principaux faits, peuvent exister aussi lorsque la myélite réside dans la partie cervicale, et l'on remarque assez souvent alors une *douleur vive à la nuque* et *dans la partie postérieure du cou*, une *rigidité* prononcée *dans les muscles de cette région*, de même que *dans les membres supérieurs;* la *respiration* est ordinairement très pénible, diaphragmatique. La myélite aiguë, qui occupe cette région, peut être précédée d'un sentiment de *gêne dans la déglutition* et des autres *symptômes d'une angine* plus ou moins intense. Ces phénomènes persistent quelques jours avec *accélération et dureté du pouls*, et il survient ensuite des *fourmillements dans les doigts* de l'une ou de l'autre main, auxquels succède plus tard la *paralysie des membres supérieurs sans celle des infé-*

(1) *Loc. cit.*, p. 412.

rieurs, ce qui est rare (1), mais le plus ordinairement celle des uns et des autres. La *dyspnée* s'accroît considérablement, et le malade succombe. Suivant M. Desportes (2), quelques *torticolis* doivent être rapportés à l'inflammation de cette partie de la moelle, et cette phlegmasie donne lieu en même temps à une douleur singulière, insupportable, à la région occipitale, avec oppression ou gêne de la respiration, impossibilité de supporter la tête dans une place ou dans une autre, quoique au toucher les muscles du cou soient à peine sensibles. Je ne connais pas d'observation où l'on ait constaté par l'autopsie que la myélite ait donné lieu à de semblables phénomènes.

Myélite de la région dorsale. — « Dans la plupart des cas, continue Ollivier, où l'inflammation du tissu nerveux se développe dans la portion dorsale, entre les deux renflements, on a observé des *secousses convulsives et continues* du tronc ; une *agitation générale* à laquelle succède une *résolution* plus ou moins complète. La *respiration* est courte, précipitée, et s'effectue en totalité par l'action des muscles respirateurs externes. Il y a un *état fébrile* général, ainsi que des *palpitations* et des *battements de cœur irréguliers*, quelquefois assez forts pour faire croire à l'existence d'un anévrysme. »

Myélite de la portion lombaire. — « Quand, ajoute cet auteur, la partie inférieure de la portion dorsale et la portion lombaire, ou bien le renflement crural de la moelle, sont le siége de l'inflammation, on observe plus particulièrement alors la *paralysie des membres inférieurs*, l'*écoulement involontaire* ou la *rétention des matières fécales et de l'urine*, une douleur profonde bornée à la région des lombes. Le malade éprouve quelquefois des *coliques* vives, des *contractions convulsives des parois de l'abdomen*, la sensation d'un *resserrement pénible* dans cette région. Quelquefois les effets d'un ramollissement aigu de la portion dorso-lombaire de la moelle épinière peuvent *se propager de bas en haut*, au delà du siége de l'altération. C'est ainsi que, dans un cas rapporté par M. Calmeil, les membres supérieurs et le haut du tronc furent agités de secousses convulsives, et que l'asphyxie de plus en plus imminente ainsi que le trouble de la circulation et la mort rapide du malade en ont été la conséquence.

» Quant aux *fonctions de l'intestin et de la vessie*, j'ai vu plusieurs paraplégies traitées dès leur début par des émissions sanguines locales et générales, et suivies de guérison, dans lesquelles la paralysie du rectum, et surtout de la vessie, avait disparu en quelques jours, tandis que l'engourdissement des membres inférieurs avait persisté au même degré, et n'avait diminué d'intensité qu'après un temps plus ou moins long. Cette portion de la moelle épinière exerce une influence manifeste sur l'*utérus ;* aussi avons-nous vu l'*afflux périodique du sang accompagné de douleurs lombaires* qui se dissipaient après la cessation des règles. D'un autre côté, la *menstruation* peut s'établir malgré l'existence d'une paraplégie complète. Je n'ai pas observé que la myélite aiguë de la région dorso-lombaire ait donné lieu à quelques désordres fonctionnels dans l'utérus et ses annexes. Enfin on a vu des *accès d'épilepsie* chez des sujets qui offrirent, à la mort, un ramollissement pultacé de cette partie de la moelle. »

(1) Tel était le cas que j'ai observé, et dont j'ai parlé plus haut. Ollivier en cite aussi un exemple.

(2) *Revue méd.*, février 1825.

Telle est la description la plus exacte que, dans l'état actuel de la science, on puisse donner de la myélite aiguë. Il est sans doute beaucoup de points auxquels l'observation ultérieure donnera un plus haut degré de précision ; mais les phénomènes principaux de la maladie sont assez nettement exposés dans ce passage, que je n'ai pas cru devoir abréger.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la myélite aiguë est en général continue, bien qu'il puisse y avoir des améliorations apparentes de durée variable. On voit, par exemple, un membre recouvrer en partie le mouvement après avoir été paralysé, les douleurs se calmer pendant un temps plus ou moins long ; mais en définitive on reconnaît que le mal n'était resté qu'un instant stationnaire, pour faire bientôt de nouveaux progrès. Nous avons signalé plus haut cette marche particulière de la maladie, dans laquelle l'inflammation fait sans cesse des progrès de bas en haut et attaque successivement les diverses portions de la moelle.

La *durée* de l'affection peut être très courte. Dans les faits rapportés par les auteurs, on voit quelquefois la mort survenir en quinze ou vingt heures. « Le plus souvent, dit Ollivier, la mort survient du troisième au quatrième jour ; la maladie peut se prolonger jusqu'au trentième. »

On a vu dans un des passages cités plus haut, qu'Ollivier parle de certains cas de guérison ; mais il ne les rapporte pas, ou du moins il n'en indique qu'un seul exemple (emprunté à M. Latour) sous forme dubitative, et, bien que cette *terminaison* ne paraisse nullement impossible, on ne peut se prononcer sur ce point. Ce qu'il y a de très certain, c'est que la mort est la terminaison presque constante.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion la plus ordinaire qu'on trouve dans les cas de myélite aiguë, est un ramollissement à un degré très variable suivant les cas. Tantôt, en effet, on voit le tissu de la moelle encore assez résistant, mais cédant sous la pression sensiblement plus que les parties voisines, et tantôt la partie malade est réduite à un véritable liquide d'un blanc jaunâtre et puriforme. La couleur du tissu affecté mérite une mention particulière. Dans les cas où la moelle conserve en partie sa consistance, le tissu est rosé, ou d'un rouge plus ou moins foncé, et nous venons de voir que dans d'autres cas où le tissu nerveux s'écoule comme un liquide, la couleur est jaunâtre. Lorsqu'il en est ainsi, on admet généralement que la moelle est enflammée; mais parfois aussi on ne trouve, comme dans le cerveau, qu'un ramollissement blanc ou grisâtre, suivant que l'on considère la substance blanche ou la substance grise, et il n'est pas très rare de trouver une portion plus ou moins étendue de la moelle réduite à l'état d'un liquide ayant complétement l'aspect de la crème, et dans lequel il est impossible de reconnaître les deux substances. Est-ce encore là un résultat de l'inflammation ? Nous retrouvons ici cette question discutée plus haut (1), à propos du ramollissement blanc de la substance cérébrale. Or, ce serait

(1) Voy. *Ramollissement blanc du cerveau.*

tomber dans des redites inutiles que de reproduire cette discussion, à laquelle je n'aurais rien à ajouter, car les cas sont identiques, sauf le siége ; je renvoie donc le lecteur à l'article que je viens de citer. J'ajouterai seulement que, dans certains cas, on trouve un ramollissement crémeux de toute la substance blanche de la moelle, et qu'on peut se demander alors s'il n'y a pas là un phénomène purement cadavérique.

Lorsque la moelle n'a pas encore perdu toute sa consistance et qu'elle présente une coloration rouge prononcée, résultant d'une injection sanguine considérable, on la trouve ordinairement augmentée de volume, ce qu'il est facile de reconnaître parce qu'elle remplit le canal rachidien.

Suivant Ollivier, le ramollissement commence par la substance grise, à moins que la myélite ne soit consécutive à une méningite rachidienne. C'est, en effet, ce qui a lieu ordinairement ; mais cette règle n'est pas sans exception, car les auteurs du *Compendium* citent deux cas dans lesquels la substance blanche s'est montrée ramollie, la substance grise conservant sa consistance, et les membranes étant intactes.

Je me contenterai de mentionner les lésions dues à des complications, telles que la carie des vertèbres, la méningite rachidienne.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la myélite aiguë n'a pas été étudié avec beaucoup de soin. Aussi tous les praticiens savent-ils combien il est souvent difficile de se prononcer sur la nature des lésions de la moelle dans la paraplégie, et l'on en voit un exemple frappant dans les fréquentes hésitations d'Ollivier, qui néanmoins a mieux que personne étudié ces maladies.

Les affections avec lesquelles on pourrait le plus facilement confondre la myélite aiguë sont la *congestion sanguine de la moelle* et l'*hémorrhagie* de cet organe, dont nous avons donné plus haut la description. Lorsque la *congestion* arrive brusquement et se dissipe de même, cette seule circonstance suffit pour rendre le diagnostic facile, car ce n'est pas ainsi que se manifeste le ramollissement inflammatoire de la moelle ; mais lorsqu'il s'agit d'une de ces congestions lentes que nous avons signalées plus haut, le diagnostic est plus difficile. On l'établit, en pareil cas, sur les douleurs persistantes des membres, sur la contracture, les convulsions partielles, la roideur, qui appartiennent à la myélite et qui ne doivent pas être comptées parmi les caractères de la congestion simple. Dans cette dernière, la paralysie du sentiment se montre beaucoup moins fréquemment et à un bien plus faible degré, et la paralysie du mouvement diminue avec beaucoup plus de facilité sous l'influence du traitement antiphlogistique ; enfin, il y a un mouvement fébrile plus ou moins prononcé à une certaine époque de la myélite, ce que l'on n'observe pas dans la congestion.

L'*hémorrhagie de la moelle* se distingue de la myélite aiguë par la manière brusque dont la paralysie se manifeste. Nous avons vu néanmoins, en parlant de cette affection, que, dans quelques cas, ces symptômes se produisent avec une certaine lenteur ; mais ces cas sont de beaucoup les plus rares. La douleur, la contracture, la fièvre, sont également moins fréquentes et moins prononcées dans l'hémorrhagie

de la moelle, et ne surviennent guère que lorsqu'il y a épanchement de sang dans les membranes, ou ramollissement inflammatoire antécédent ou consécutif. Mais dans les cas où un ramollissement inflammatoire a précédé l'hémorrhagie de la moelle, comment établir le diagnostic ? Nous avons vu, dans l'exemple rapporté par M. Grisolle, que les douleurs vives et fixes dans un point de la colonne vertébrale, avec d'autres symptômes propres à la myélite, ont duré plusieurs jours, et que le malade a été ensuite frappé brusquement de paralysie des membres inférieurs ; or, c'est précisément ce changement brusque dans la physionomie de la maladie qui fait voir qu'il est survenu une autre affection que la myélite.

Quant à la *méningite rachidienne*, les caractères en sont trop différents de ceux de la myélite pour que le diagnostic puisse offrir de sérieuses difficultés. La roideur tétanique du tronc, les douleurs vives et étendues du rachis, la fièvre plus intense, sont les signes différentiels qu'on doit placer en première ligne.

Reste la paraplégie sans lésion évidente, la *paraplégie nerveuse*, dont nous aurons à nous occuper plus loin. Mais il serait prématuré de parler de ce diagnostic avant d'avoir dit un mot de la maladie que je viens d'indiquer.

Ce diagnostic différentiel n'est pas encore assez précis pour qu'il soit permis de le présenter en tableau synoptique.

Pronostic. — Nous avons vu, en parlant de la terminaison de la maladie, que ce qu'on a dit du pronostic n'est pas fondé sur des faits bien observés. Ce que nous savons positivement, c'est que la myélite aiguë est une affection des plus graves.

§ VII. — Traitement.

Je crois devoir donner dans son intégrité le passage suivant d'Ollivier (1) sur le traitement de la maladie ; j'ajouterai ensuite quelques réflexions sur ce sujet :

« Les moyens, dit Ollivier, qu'on peut employer pour combattre cette inflammation à son début sont à peu près les mêmes que ceux qui ont été indiqués pour la méningite rachidienne. Tels sont les *saignées générales*, les *sangsues* appliquées *en grand nombre* sur la région dorsale, les *ventouses scarifiées* sur la même partie, des *lavements* légèrement *laxatifs*, s'il n'existe pas de phénomènes d'irritation des voies digestives, une *diète sévère*, des *boissons délayantes*. Quelques auteurs ont préconisé les *fomentations froides*.

» Au bout d'un mois ou de cinq semaines, lorsque les phénomènes d'excitation sont calmés, on peut administrer des *douches d'eau chaude à 33 ou 34 degrés*, et *fortement salée*, sur la longueur du rachis, à l'aide d'un conduit mobile adapté à un bassin élevé de six ou huit pieds suivant la force que l'on veut donner au jet de la douche. L'ouverture du tuyau doit varier d'un demi-pouce à un pouce de diamètre. On peut aussi appliquer, à la même époque, *deux cautères* sur les côtés des apophyses épineuses, là où le malade perçoit de la douleur. J'ai déjà dit que ce dernier moyen avait réussi très fréquemment entre les mains de M. Latour.

» L'affection paraît-elle être de nature rhumatismale, d'après les antécédents du malade, on appliquera successivement un *grand nombre de vésicatoires volants* sur la longueur de la colonne vertébrale.

» Un *traitement antivénérien* complet peut suffire pour faire disparaître tous

(1) *Loc. cit.*, p. 437.

les accidents, quand la paraplégie est liée à quelques symptômes syphilitiques. »

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces divers moyens pour s'assurer que le traitement de la myélite est loin d'être établi sur des bases solides. Ne fît-on que cette remarque, que les diverses affections de la moelle sont traitées presque identiquement de la même manière, on aurait déjà une présomption en faveur de cette manière de juger ces moyens thérapeutiques, et si nous joignons à cela ce que nous avons dit de la terminaison presque constamment fatale de la maladie, et de l'incertitude du diagnostic dans les cas de guérison, nous serons convaincus que le traitement de la myélite a été proposé d'après des idées théoriques dont je ne conteste pas l'importance, mais qui sont bien loin, on en conviendra, des résultats d'une pratique étendue.

2° MYÉLITE CHRONIQUE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La myélite chronique paraît moins fréquente que la myélite aiguë à l'état idiopathique ; mais, si nous remarquons que cette affection est la conséquence de plusieurs lésions chroniques étrangères à la moelle, et entre autres du *mal vertébral de Pott*, ainsi que l'a parfaitement démontré M. Louis (1), nous reconnaîtrons que, d'une manière absolue, la myélite se montre plus fréquemment à l'état chronique.

§ II. — Causes.

Les *causes* de la myélite chronique n'ont pas été suffisamment recherchées ; on s'est borné à attribuer à cette forme les mêmes causes qu'à la myélite aiguë, ce qui est loin d'être l'expression des faits.

Si nous jetons un coup d'œil sur les observations publiées, nous voyons que la myélite chronique a succédé quelquefois à des accidents qu'on pouvait rapporter à l'inflammation aiguë de la moelle ; mais quelquefois l'affection peut se présenter d'emblée avec sa forme chronique, alors même qu'elle est idiopathique. On en voit un exemple dans la première observation rapportée par M. Louis.

Il est beaucoup plus fréquent de voir la myélite chronique se développer dans un point voisin d'une tumeur des méninges, d'une carie vertébrale, d'une tumeur anévrysmale ou d'une tumeur tuberculeuse qui occupe le corps des vertèbres.

Quant aux autres causes, telles que le vice vénérien, rhumatismal, etc., nous n'avons sur ce point que des données extrêmement vagues.

§ III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la myélite chronique sont loin d'avoir été décrits avec le degré de précision nécessaire. Il faut en chercher la cause dans l'incertitude du diagnostic, et aussi dans le peu d'accord où sont les auteurs sur les caractères anatomiques essentiels de la maladie. On sait que quelques-uns rapportent à l'inflammation presque toutes les lésions chroniques de la moelle. Disons ce qui ressort de plus

(1) *Mém. ou Rech. anat.-path. : De l'état de la moelle épinière dans la carie vertébrale.* Paris, 1826, in-8.

positif des observations, en attendant que des recherches plus exactes viennent éclairer ce point important de pathologie.

Début. — Aucun auteur n'a indiqué aussi bien que M. Louis le début de la myélite chronique, qui est surtout remarquable dans la première des observations qu'il a rapportées. Avant que la maladie fût évidente, le malade éprouva, pendant un temps assez long, une douleur fixe dans un point très limité de la colonne vertébrale, puis survinrent du prurit, de l'inquiétude dans les membres inférieurs. Cette dernière sensation était telle, que le malade était obligé de faire des mouvements, de marcher pour y échapper, et, après quelques moments de marche, les inquiétudes étaient dissipées. Il y avait aussi dans les membres inférieurs une sensation de chaleur incommode.

Ces symptômes sont-ils constants au début de la myélite chronique? On peut dire, relativement à la douleur, que, si elle existe dans la totalité ou dans la presque totalité des cas, du moins dans un certain nombre, elle est assez légère pour que les malades ne lui accordent qu'un faible degré d'attention. Quant aux autres phénomènes que je viens d'énumérer, ils n'ont pas été suffisamment recherchés par les autres auteurs, excepté toutefois le prurit et les fourmillements des membres, qui sont signalés par tous.

Les *symptômes de la maladie confirmée*, tels qu'ils sont décrits par la plupart des auteurs, ne diffèrent pas sensiblement, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium*, de ceux qui caractérisent la maladie à l'état aigu; sa marche seule, suivant les descriptions, serait différente. Cependant il est quelques particularités signalés par Ollivier, qui ne sont pas sans intérêt, et M. Louis a insisté sur certains phénomènes très remarquables qu'il importe beaucoup de connaître: c'est sur ce point que portera principalement la description suivante.

La *douleur*, dont nous avons parlé plus haut, peut persister pendant tout le cours de la maladie; mais, dans un certain nombre de cas, on la voit offrir des alternatives de diminution et de recrudescence souvent très prononcées; d'autres fois elle se dissipe à une certaine époque. On observe souvent des *élancements douloureux*.

Les fourmillements, l'engourdissement, un certain degré de faiblesse, peuvent persister pendant un temps fort long; puis survient la *paralysie*, qui se produit avec lenteur et qui ne diffère guère de celle que j'ai décrite dans la première partie de cet article. Voici les particularités qu'on a observées. Dans les premiers temps, la faiblesse des membres se dissipe par la marche, de telle sorte qu'après un certain temps de repos, les malades sentent que leurs membres ont plus de difficulté à soutenir le poids du corps qu'après des mouvements prolongés. Ollivier explique ce fait par la congestion de la moelle dans la position horizontale ou assise; mais la démonstration manque entièrement. Dans quelques cas, la paralysie semble pendant très longtemps bornée aux pieds ou aux jambes. Ollivier a vu plusieurs fois des malades qui avaient beaucoup de peine à marcher, et qui, placés sur leurs genoux, exécutaient des mouvements rapides de progression. Toutefois il se demande si la longueur du levier, plus difficile à mouvoir le malade étant debout, n'est pas la seule cause de cette différence. Les sujets affectés de myélite chronique offrent, suivant le même auteur, dans leur démarche, quelque chose de remarquable: c'est un renversement marqué de la tête et du tronc en

arrière ; mais cette démarche s'observe dans presque tous les cas de paraplégie, quelle qu'en soit la cause, et les lois de la physique en rendent parfaitement compte.

Les membres paralysés offrent, comme dans la myélite aiguë, mais moins fréquemment, de la *roideur*, de la *contracture*, des convulsions cloniques à des intervalles plus ou moins éloignés et pendant un temps plus ou moins long. Mais il est des *contractions involontaires* qui méritent une mention toute spéciale : ce sont celles qui ont été particulièrement signalées par M. Louis. Cet observateur a vu que, par suite de petites contractions musculaires indépendantes de la volonté et semblables à des secousses, les membres ont une grande tendance à se fléchir et à se rapprocher l'un de l'autre. L'extension, au contraire, ne peut avoir lieu qu'avec l'aide des mains du malade ou d'un assistant, sauf dans certains moments dont je parlerai tout à l'heure. Si l'on étend les membres paralysés, on voit bientôt les muscles fléchisseurs entrer en contraction par petites saccades rendues sensibles par la saillie et la dureté de leur masse sous la peau devenue flasque, et peu à peu les membres sont ramenés dans la flexion de manière que quelquefois les pieds viennent toucher les fesses. Si l'on écarte les membres l'un de l'autre (comme c'est presque toujours sur les membres inférieurs que porte la paralysie, c'est de la paraplégie que nous nous occupons ici), on les voit se rapprocher peu à peu en même temps qu'ils se fléchissent. J'ai vérifié plusieurs fois l'exactitude de ces observations ; seulement, dans un cas que j'ai actuellement sous les yeux, la flexion involontaire est peu marquée, tandis que le rapprochement des membres se fait immédiatement après qu'ils ont été écartés ; et dans un autre j'ai remarqué que les contractions involontaires qui ramènent dans la flexion les membres préalablement étendus étaient très marquées à gauche, tandis qu'elles étaient presque insensibles à droite.

J'ai dit plus haut que généralement les membres ne peuvent être portés dans l'extension qu'à l'aide des mains du malade ; mais chez certains sujets on voit par moments survenir un spasme des muscles, une véritable convulsion qui reporte rapidement dans l'extension les membres fléchis ; puis, si les symptômes se produisent comme je viens de le dire, les mouvements de flexion recommencent. Il n'est pas permis d'affirmer que les choses se passent toujours comme nous venons de l'indiquer ; mais le silence de beaucoup d'observations sur ce point est loin de prouver que ces symptômes sont rares, car l'attention des observateurs n'ayant pas été fixée sur eux, il est plus que probable que bien des fois ils ont existé sans être constatés.

La *sensibilité* est bien rarement annulée ; quelquefois elle est conservée dans toute son intégrité, mais il n'est pas rare de la trouver obtuse dans toute l'étendue des membres affectés. L'exaltation de la sensibilité n'a pas été formellement signalée dans la myélite chronique comme dans quelques cas de myélite aiguë. On a cité certains cas dans lesquels la diminution de la sensibilité ne correspondait pas parfaitement, quant au siége, à la paralysie.

La paralysie de la *vessie* et du *rectum* est loin d'être un phénomène constant. Quand elle existe, elle survient lentement et est d'abord très incomplète, de telle sorte que le malade n'a, dans les premiers temps, qu'une légère difficulté d'uriner et d'aller à la selle, et qu'à une époque avancée cette difficulté peut augmenter

au point d'exiger que le malade ait toujours l'urinoir dans son lit, et qu'il reste un assez grand nombre de jours sans aller à la selle. Les selles involontaires ne se montrent que comme symptôme ultime. La paralysie complète de la vessie, qui exige fréquemment l'emploi de la sonde, est un symptôme qui peut se montrer beaucoup plus tôt. Comme pour la myélite aiguë, nous avons à signaler l'*alcalinité de l'urine;* mais ce symptôme a été moins bien étudié dans la forme qui nous occupe.

Il n'existe ordinairement aucune *fièvre* pendant presque toute la durée de la maladie; ce n'est guère que dans les derniers moments qu'on la voit survenir, et assez souvent alors elle est due à une complication. Dans un cas que j'ai observé récemment, il y a eu, trois semaines environ avant la mort, un frisson quotidien, violent, durant plus d'une heure, mais non suivi de chaleur ni de sueur.

On peut si facilement appliquer à la myélite chronique ce que j'ai dit de la myélite aiguë quand je l'ai considérée sous le rapport du siége, qu'il serait inutile d'y revenir ici.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie peut présenter des moments d'amélioration assez marqués et d'assez longue durée; mais en général l'affection ne cesse pas de faire des progrès. Dans plusieurs cas, cette marche ascendante du mal, que j'ai signalée en parlant de la myélite aiguë, se manifeste d'une manière remarquable.

La *durée* de la myélite chronique est ordinairement fort longue; il est commun de ne voir succomber les malades qu'après un an et demi, deux ou trois ans, et parfois beaucoup plus longtemps; quelquefois néanmoins la mort arrive plus tôt.

Les mêmes doutes que nous avons été forcé d'émettre relativement à la terminaison de la myélite aiguë s'élèvent quand il s'agit de la myélite chronique. C'est encore là un sujet intéressant de recherches.

§ V. — Lésions anatomiques.

Comme dans la myélite aiguë, la principale lésion anatomique est un ramollissement plus ou moins considérable du tissu de la moelle. Ordinairement ce ramollissement est porté à un haut degré, et alors on ne distingue plus la substance grise, et la moelle se présente sous la forme d'une bouillie crémeuse et souvent rosée, présentant parfois une teinte ardoisée et d'autres fois un aspect purulent. Ce ramollissement occupe presque toujours toute l'épaisseur de la moelle épinière. Cependant on a cité des cas où les faisceaux postérieurs étant seuls affectés, il y a eu paralysie du sentiment sans paralysie du mouvement, et d'autres plus nombreux dans lesquels la lésion des faisceaux antérieurs avait déterminé seulement la paralysie du mouvement. On trouvera, sur ce point intéressant de physiologie pathologique, les détails les plus intéressants dans l'ouvrage de M. Longet sur le système nerveux.

Le ramollissement occupe ordinairement une étendue considérable de la moelle quand la myélite est idiopathique; mais en étudiant avec attention chacun des points affectés, on peut trouver une différence assez tranchée dans l'ancienneté de la lésion, aux divers points où on la considère. Dans une autopsie que j'ai faite

récemment, j'ai vu la couleur ardoisée du ramollissement à la partie supérieure du renflement inférieur, et dans l'étendue de 5 ou 6 centimètres, indiquer une inflammation déjà ancienne, puis cette couleur diminuer et se changer en une teinte rosée très prononcée à mesure qu'on s'avançait vers le renflement supérieur. La lésion occupait par conséquent tout l'espace compris entre les deux renflements, et le renflement supérieur lui-même était réduit en bouillie. On voyait manifestement à l'autopsie, dans ce cas, la marche ascendante de la maladie que les symptômes avaient fait reconnaître pendant la vie.

La plupart des auteurs ont signalé une augmentation de volume de la moelle coïncidant avec le ramollissement. M. Louis a trouvé, au contraire, que l'organe avait diminué de volume dans le point malade. Quant à moi, je n'ai pas trouvé de changement de volume de l'organe dans les cas que j'ai observés.

Je dois mentionner encore des destructions plus ou moins étendues de la moelle, portant soit sur la substance grise seule, soit sur toute l'épaisseur de l'organe ; mais les cas de ce genre ressemblent tellement à ceux que nous avons signalés en parlant du ramollissement cérébral, que je n'aurai rien à ajouter d'important à ce que j'en ai dit.

On a aussi attribué à la myélite chronique les indurations, et diverses productions morbides qu'on a trouvées dans la moelle ; mais comme rien n'est moins prouvé que la nature inflammatoire de ces affections, je me contenterai d'en dire un mot dans un article consacré aux altérations chroniques de cet organe.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* n'est pas très différent de celui que nous avons posé à propos de la myélite aiguë. Je ne crois pas, par conséquent, devoir m'étendre sur ce point. C'est principalement de la marche de la maladie qu'on tire les signes diagnostiques. Je dirai seulement qu'il faut avoir toujours présents à l'esprit les symptômes remarquables signalés par M. Louis, car ils sont propres à la maladie qui nous occupe.

Je n'ai besoin de rien ajouter, relativement au *pronostic*, à ce que j'ai dit à propos de la terminaison.

§ VII. — Traitement.

C'est encore à Ollivier qu'il convient d'emprunter les principes du traitement, parce que cet auteur les a déduits des principaux faits observés, quoiqu'il n'ait pas, malheureusement, procédé avec toute la rigueur désirable.

« Dans la myélite chronique, dit-il (1), on met en usage avec avantage un *traitement antiphlogistique* modéré, mais continué pendant plus ou moins longtemps, lorsqu'il existe des douleurs aiguës, des congestions cérébrales assez fréquentes. Quand il n'y a au contraire qu'une paralysie sans douleur et sans aucun phénomène d'excitation, c'est alors qu'il faut employer les *révulsifs* sous différentes formes et de plus en plus énergiques. On a vu plusieurs fois des *purgatifs répétés* produire les plus heureux effets, ainsi que les *douches* dont je viens de parler (*douches salées*),

(1) *Loc. cit.*, p. 438.

et dont on fait varier la température de 30 à 40 degrés. Les *bains de mer* (1) sont surtout d'une efficacité notable dans les paraplégies anciennes : le rétablissement des fonctions de la vessie est généralement le premier effet qu'ils produisent ; lorsqu'ils déterminent des secousses tétaniformes le long du rachis et des crampes dans les membres paralysés, il y a lieu d'espérer une amélioration dans l'état du malade.

» Parmi les révulsifs locaux dont l'action peut être utile, je mentionnerai les *vésicatoires volants* promenés sur tous les points du rachis, les *moxas*, les *sétons*, les *cautères*, dont on entretient la suppuration en l'excitant plus ou moins à l'aide de quelques pommades irritantes, suivant les progrès de la maladie ; ces cautères doivent être larges et profonds, et l'on remplit la cavité de chacun d'eux avec un *morceau de racine fraîche d'iris* auquel on donne la forme d'une demi-sphère.

» On peut aussi retirer quelques effets avantageux de l'administration de la *strychnine par la méthode endermique* pour réveiller l'action musculaire. L'*électro puncture* ne serait-elle pas utile alors ? Quand il existe des élancements douloureux dans les membres paralysés, j'emploie avec avantage l'*hydrochlorate de morphine à la dose d'un quart ou d'un demi-grain* (15 à 25 milligrammes) que je dépose dans la plaie des cautères, s'il y en a d'établis sur les côtés de la colonne vertébrale. Dans le cas contraire, j'applique le sel de morphine sur la surface d'un vésicatoire placé sur le rachis au niveau des deux dernières côtes ; enfin *on sonde* le malade s'il y a rétention d'urine ; *on place à demeure une sonde fermée* ou un *urinal*, s'il y a émission continulle et involontaire de ce liquide : dans ce dernier cas, j'ai vu la *teinture de cantharides*, administrée chaque jour à l'intérieur, prévenir cette incommodité si dégoûtante pour les malades. On remédie à la constipation par les *lavements purgatifs* administrés de temps en temps. »

Les réflexions que j'ai présentées au sujet du traitement de la myélite aiguë pourraient être reproduites ici ; mais je me contenterai d'ajouter quelques explications au résumé que nous a donné Ollivier. Des *ventouses scarifiées* appliquées tous les huit ou dix jours, lorsque le malade conserve sa force, peuvent être utiles. J'ai actuellement sous les yeux un sujet chez lequel les contractions involontaires des membres, décrites plus haut, existent d'une manière remarquable, et qui depuis un mois a subi trois applications de huit ventouses scarifiées, avec un soulagement évident chaque fois. La *teinture de cantharides*, si l'on juge son administration convenable, doit être donnée à la dose de 10 à 20 gouttes dans une potion de 150 grammes ; l'électro-puncture doit être promptement abandonnée si elle détermine des douleurs trop vives et un brisement trop considérable des membres électrisés. C'est dans les cas où la myélite chronique est la conséquence d'une carie vertébrale que les cautères sont principalement utiles ; en pareil cas, le *repos absolu* est de rigueur.



ARTICLE IV.

HYPERTROPHIE, INDURATION DE LA MOELLE.

Hypertrophie. — Cette affection n'a pas un grand intérêt pour le praticien. Les symptômes n'en sont pas bien déterminés, et l'on ne sait à quelles causes la rap-

(1) Voy. Gaudet, *Nouv. rech. sur l'usage et les effets des bains de mer*. Paris, 1844, in-8.

porter, dans les cas rares où l'on peut la considérer comme idiopathique. Qu'il me suffise donc de dire que, chez quelques sujets qui avaient présenté soit une exaltation de la sensibilité tactile, soit des convulsions, des mouvements choréiques, etc., on a trouvé la moelle remplissant plus ou moins complétement la cavité rachidienne. Quelquefois l'hypertrophie porte sur la substance grise seule, ainsi que M. Monod (1) en a rapporté un exemple.

Induration. — L'hypertrophie s'accompagne ordinairement de l'induration de l'organe. Cette induration est-elle le résultat d'une inflammation ? C'est ce qui n'est pas encore parfaitement démontré.

Suivant M. Calmeil, les *symptômes* de l'induration sont des crampes, des fourmillements, un engourdissement plus ou moins marqué, et, au bout d'un certain temps, la faiblesse, la roideur, et une diminution notable de la sensibilité des membres. Cet auteur ajoute que la paralysie est rarement complète ; qu'il y a atrophie des membres affectés, et que la marche de la maladie, semblable à celle de la myélite chronique quant aux progrès ascendants du mal, en diffère en ce qu'un membre est d'abord frappé seul, et que ce n'est qu'au bout d'un certain temps que celui du côté opposé est atteint. Ne seraient-ce pas là des cas d'*atrophie musculaire progressive*, tels qu'ils ont été décrits par M. Aran (2) ? Je me contente de signaler la ressemblance ; j'ai traité ce point en faisant l'histoire de l'atrophie musculaire progressive.

Quel est le *traitement* de l'hypertrophie et de l'induration de la moelle ? Il est bien difficile de répondre d'une manière précise à cette question. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que les moyens employés dans les cas cités se retrouvent tous dans le traitement de la myélite chronique, et que les médecins qui regardent l'induration comme un résultat de l'inflammation insistent sur la nécessité des antiphlogistiques. Mais avant de pouvoir suivre avec quelque confiance un pareil conseil, il faudrait avoir des données un peu plus positives sur le diagnostic.

Je n'ai pas besoin de dire que les mêmes raisons qui m'ont fait glisser rapidement sur les maladies cérébrales incurables, dont le diagnostic est très incertain, m'engagent à ne pas insister sur ces maladies rares, fort peu connues, et sans traitement sanctionné par l'expérience.

Des motifs semblables m'engagent à passer complétement sous silence l'*hydropisie de la moelle* et le *pneumato-rachis*, qui jusqu'à présent n'ont offert d'intérêt que sous le rapport de l'anatomie pathologique.

Hydatides, kystes hydatoïdes. — [Ces productions morbides déterminent, d'après le petit nombre de faits que nous connaissons, la paralysie du sentiment et du mouvement. On conçoit néanmoins que si elles étaient très peu volumineuses, elles pourraient n'affecter que l'une ou l'autre de ces fonctions, et même n'exercer que d'un seul côté leur fâcheuse influence.

Je ne pousserai pas plus loin l'étude des maladies de la moelle épinière. Il reste encore énormément à faire pour donner un degré satisfaisant de précision à ce point de pathologie ; je n'ai pas dû le dissimuler, car une des principales conditions

(1) *Bulletin de la Soc. anat.*, n° 18.

(2) *Arch. gén. de méd.* — Voy. aussi Cruveilhier, *Sur la paralysie musculaire progressive atrophique* (*Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1853, t. XVIII, p. 490, 546, 591).

des progrès de la science, c'est que les observateurs ne se fassent pas illusion sur l'étendue et la solidité de nos connaissances, et qu'ils sachent bien quels sont les points qui demandent de nouvelles investigations.]

ARTICLE V.

TUBERCULES, CANCER DE LA MOELLE, PRODUCTIONS MORBIDES DIVERSES.

Tubercules. — L'étude des tubercules de la moelle épinière est beaucoup moins avancée que celle des tubercules du cerveau, sur lesquels règne néanmoins encore tant d'incertitude.

Lorsque ces productions morbides occupent le bulbe rachidien, les phénomènes se rapprochent beaucoup de ceux que produisent les tubercules cérébraux. Quand c'est une autre partie de la moelle qui est affectée, on observe, suivant M. Gendrin, outre la paralysie qui se produit comme dans les cas d'inflammation chronique décrits plus haut, des *accès épileptiformes qui commencent par les membres.* C'est encore un fait à vérifier.

Du reste, l'affection doit être regardée comme incurable.

Cancer. — Le cancer, sous ses formes diverses (encéphaloïde, colloïde, squirrhe), peut occuper la moelle épinière. Les médecins qui se sont spécialement occupés d'anatomie pathologique en ont cité des exemples intéressants.

Tout ce que nous avons à dire de cette affection, c'est qu'elle détermine des *douleurs* plus ou moins vives; des convulsions, des accès épileptiformes, et la paralysie, comme toutes les autres affections organiques. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'elle est incurable.

CHAPITRE IV.

MALADIES DES NERFS.

La seule maladie des nerfs qui doive nous occuper d'une manière particulière est la *névrite.* Les plaies, les piqûres, les tumeurs des nerfs sont du domaine de la chirurgie ; et quant à quelques lésions, comme l'*ulcération*, l'*œdème* des nerfs, nous n'aurions rien d'intéressant à en dire ; car, d'une part, ces affections ne sont pas primitives, et, de l'autre, à peine trouve-t-on dans quelques cas très rares qui ont été cités, des documents suffisants pour qu'on puisse les mentionner avec quelque confiance. Bien plus, nous allons voir que la névrite elle-même, considérée comme maladie primitive, idiopathique, est une affection fort rare, et qu'il n'y a que très peu de développements à donner à son histoire.

ARTICLE UNIQUE.

NÉVRITE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *névrite* est l'inflammation des nerfs et du névrilème ; c'est, comme je l'ai fait remarquer, une maladie rare et peu connue, surtout si l'on considère la

névrite primitive ou idiopathique, la seule qui nous intéresse réellement. Elle est *si peu fréquente*, que Boerhaave, ainsi que tout le monde le sait, doutait de l'existence de l'inflammation dans le nerf lui-même, et n'admettait que l'inflammation du névrilème, ce qui a fait donner par quelques auteurs le nom de *névrilémite* à cette affection. Cependant l'inflammation des filets nerveux eux-mêmes a été constatée par plusieurs observateurs modernes, et en particulier par A. Dugès (1), par M. Martinet, qui, tout en partageant l'opinion de Boerhaave, a, ainsi que le fait remarquer Ollivier (2), rapporté des observations dans lesquelles l'inflammation du tissu nerveux est évidente, puisqu'il y avait à la fois rougeur, tuméfaction et ramollissement, et enfin par M. Charles Dubreuilh (3) qui, non-seulement a étudié avec le plus grand soin les travaux de nos prédécesseurs sur la névrite, mais encore s'est livré aux expériences les plus intéressantes, ce qui lui a permis de tracer une histoire de la névrite bien plus complète que l'on n'avait pu le faire avant lui. Cependant M. Cruveilhier (4), poussant la dissection plus loin qu'on ne l'avait fait, a trouvé que l'inflammation, même lorsqu'elle se montre dans le centre du nerf, n'attaque pas les filets nerveux, mais bien le tissu cellulaire adipeux qui les entoure; et si M. Dubreuilh a trouvé la rougeur, le gonflement et le ramollissement de la substance nerveuse, il est remarquable qu'il n'a jamais pu la faire suppurer; ce qui vient en réalité à l'appui de l'opinion de Boerhaave et de M. Martinet, et explique les dissidences des auteurs. Quoi qu'il en soit, il est certain que non-seulement la gaîne du nerf, mais encore le faisceau nerveux peut être enflammé, et que cette affection mérite le nom de *névrite*.

On a donné à cette maladie les noms de *neuritis*, *nevritis*, *neurilite*, *névrilite*, *névrilémite*.

La névrite a été divisée en *idiopathique* et *symptomatique*. La première espèce est rare; elle comprend la névrite qui se développe spontanément et celle qui est le résultat d'une violence extérieure. Celle-ci est de beaucoup la plus fréquente. Quant à la névralgie symptomatique, elle n'est autre chose que cette inflammation des nerfs qui résulte d'une lésion environnante, soit chronique (cancer, ulcère), soit aiguë (phlegmon, etc.); nous n'avons pas à nous en occuper, parce que c'est une lésion secondaire.

Dugès a admis cinq espèces de névrites; mais tout le monde s'accorde à dire aujourd'hui qu'il y a eu erreur de sa part, et que, sauf la névrite simple, qui est sa première espèce, les autres ne sont pas des névrites. Il suffit, pour en être convaincu, de savoir qu'il range parmi les inflammations des nerfs la *phlegmatia alba dolens*, que toutes les observations bien faites nous portent à regarder comme une phlébite, ainsi que j'ai pu m'en convaincre encore il y a peu de temps par l'examen attentif de plusieurs cas qui ont été soumis à mon observation.



§ II. — Causes.

Quelquefois la névrite se développe spontanément, comme on en voit des exemples dans le mémoire de M. Martinet. On a, en pareil cas, attribué la pro-

(1) *Mém. sur la névrite puerpérale* (*Revue méd.*, t. III).
(2) *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., t. XX, p. 412.
(3) *De la névrite : coup d'œil hist. et rech. expérim. sur cette maladie.* Montpellier, 1845.
(4) *Anatomie pathologique du corps humain*, livr. XXXV, in-folio avec pl. color.

duction de la maladie à l'impression du *froid*, à l'*action de l'humidité*, à l'*immersion du corps dans l'eau froide;* mais le petit nombre de faits qu'on a pu étudier ne permet pas de se faire une opinion arrêtée à cet égard. M. Martinet a observé un cas dans lequel l'apparition de la névrite a coïncidé avec la *suppression d'une hémorrhagie habituelle.* Le plus souvent l'inflammation a été le résultat d'une *piqûre*, d'une *blessure quelconque*. Tous les auteurs ont cité un cas observé par le docteur Frère, et dans lequel la névrite avait été causée par l'application d'un *cautère*. J'ai moi-même rapporté une observation dans laquelle les *symptômes* m'ont porté à admettre l'existence d'une névrite (1); or, dans ce cas, on ne pouvait pas attribuer la production de la maladie à d'autre cause qu'à la *contusion* du plexus sciatique par la tête du fœtus.

Depuis lors j'ai observé deux nouveaux cas de *névralgie par contusion :* l'une fémoro-poplitée, par suite d'une chute sur la fesse; l'autre brachiale, par suite d'une contusion du plexus brachial dans l'aisselle. Ces névralgies sont remarquables par la violence de la douleur, et surtout par la paralysie souvent incurable qui en résulte.

Dans ces derniers temps, M. Beau a décrit une névrite causée par l'*extension de l'inflammation de la plèvre aux nerfs intercostaux.* J'en donnerai plus tard la description.

Les causes que je viens d'énumérer sont des *causes occasionnelles;* quant aux *causes prédisposantes*, il faut dire que nous n'avons à ce sujet aucune donnée certaine.

§ III. — Symptômes.

Avant que les caractères de la névralgie fussent bien connus, on a pu croire qu'il n'était pas très difficile de tracer les symptômes de la névrite de manière à ne pas la confondre avec la première de ces affections; aussi les auteurs se sont-ils contentés d'une description très superficielle, et qui aujourd'hui doit laisser le médecin dans une assez grande incertitude. Il importe par conséquent d'examiner les faits avec quelque attention. La description de M. Martinet a été généralement adoptée; c'est elle aussi qui va me servir de point de départ pour les considérations suivantes, dans lesquelles les signes de la maladie seront exposés avec quelques particularités qui me paraissent importantes.

La *douleur* est un caractère constant de la névrite, et l'on doit distinguer avec soin la *douleur spontanée* de la *douleur à la pression.* La *douleur spontanée* ressemble à celle de la névralgie : c'est, ainsi que le fait remarquer M. Martinet, un sentiment de déchirement, d'engourdissement, ou bien des *élancements.* Il ne faudrait pas croire que, même dans les cas où il y a des élancements s'irradiant dans le trajet du nerf, la douleur part toujours du point enflammé pour se porter vers les parties saines. Dans le cas que j'ai observé, les élancements ont souvent pris leur point de départ dans la jambe, bien que l'inflammation fût dans le bassin. M. Dubreuilh (2) affirme qu'on peut la distinguer de celle de la névralgie, parce

(1) *Traité des névralgies*. Paris, 1841, p. 596.
(2) *Loc. cit.*

qu'elle est continue. Il est certain qu'elle est souvent plus persistante; mais d'abord nous venons de voir qu'elle a eu, dans des cas très authentiques, de l'intermittence comme celle de la névralgie, et, de plus, il ne faut pas oublier, ce qu'on fait trop souvent, que, dans cette dernière affection, il y a aussi presque toujours une douleur continue. Sous ce rapport donc, la névrite ne présente aucun caractère particulier.

On a cru trouver ce caractère dans la *douleur provoquée*. Les auteurs ont dit, en effet, que, dans la névrite, la pression déterminait une vive douleur, tandis que, dans la névralgie, le même moyen d'exploration procure un soulagement momentané. Mais nous verrons dans l'histoire des névralgies qu'il n'en est réellement pas ainsi, et que la pression détermine une douleur souvent très vive, dans des cas où l'existence de cette dernière affection n'est pas douteuse. C'est un fait aujourd'hui généralement reconnu. Les observations démontrent néanmoins que, dans la névrite, la pression est ordinairement plus douloureuse. En outre, il est un signe sur lequel l'attention du médecin doit être fixée : dans la névralgie, il arrive souvent qu'après avoir déterminé par la pression une vive douleur dans un point, on ne la reproduit plus que faiblement en pressant de nouveau; or il est impossible que pareille chose arrive, s'il s'agit réellement d'une inflammation. Enfin, si l'on presse largement sur un point névralgique, on détermine peu ou point de douleur, et parfois même du soulagement, ce qui ne s'observe pas dans les cas de névrite. Les faits que j'ai observés dans ces derniers temps sont tous venus à l'appui de ces propositions.

Je ferai remarquer en outre que la douleur, même provoquée, n'est pas limitée au point enflammé du nerf, ce qui ne contribue pas peu à rendre la distinction difficile. Dans le cas que j'ai observé, en effet, il y avait des points douloureux à la pression, non-seulement dans la partie contuse, mais encore vers l'extrémité supérieure du péroné, et jusqu'au pied.

L'*engourdissement* du membre est encore un phénomène commun aux deux affections, mais beaucoup plus constant et plus marqué dans la névrite. Il en est de même du sentiment de *pesanteur* dans le membre, des *fourmillements* et même d'un *sentiment de cuisson* dans l'extrémité malade. Ces signes ont été des plus marqués dans les cas que j'ai observés.

Un des caractères les plus importants est sans contredit la *paralysie*. M. Martinet, et après lui tous les auteurs, ont signalé cette paralysie plus ou moins complète, et qui occupe une plus ou moins grande étendue du membre malade. Nous verrons sans doute, en parlant des névralgies, que le membre affecté peut présenter une difficulté de mouvements, une *semi-paralysie*, suivant l'expression de Cotugno; mais dans la névrite il y a souvent paralysie complète ou presque complète, et ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est que cette paralysie peut occuper une petite étendue du membre. C'est ainsi que chez la femme dont j'ai plusieurs fois parlé, le pied fut seul paralysé et le fut d'une manière complète, et que, dans un cas récent, j'ai vu la paralysie bornée aux muscles de l'avant-bras. En outre, cette paralysie arrive rapidement, et non après de très longues souffrances, comme dans la névralgie, et elle peut persister fort longtemps, puisque, dans un cas, j'en ai constaté l'existence deux ans après la parfaite guérison de la névrite. Les deux faits que j'ai cités plus haut sont venus confirmer l'exactitude de ces propositions.

Une *simple contusion* produisant une névrite a, par suite, occasionné une paralysie incurable du membre.

Dans certains cas, la production de la paralysie est précédée de phénomènes qui dénotent une grande perturbation dans l'influx nerveux : c'est ainsi qu'on a vu des sujets présenter pendant plusieurs jours des *convulsions* plus ou moins douloureuses dans le membre affecté, avant qu'il y eût aucune diminution dans la motilité, et que, dans un cas (celui qui est rapporté par le docteur Frère), on a observé un véritable *tétanos*.

Lorsque la portion enflammée du nerf est peu profondément située, on peut quelquefois observer des signes qui sont d'autant plus importants à constater, qu'ils lèvent tous les doutes sur la nature de la maladie; ces signes sont une *rougeur* et un *gonflement* le long du nerf affecté, de telle sorte qu'on peut reconnaître, par le toucher et à la vue, la présence du cordon nerveux enflammé. M. Martinet a observé ces signes dans ses trois premières observations.

Névrite intercostale. — Je dois maintenant donner la description de la névrite intercostale survenant à la suite des inflammations de la plèvre, telle que l'a présentée M. Beau (1).

Chez les sujets atteints d'un point de côté plus ou moins intense, « si l'inflammation pleurale occupe la partie supérieure de cette membrane, de manière à affecter les quatre ou cinq premiers espaces intercostaux, c'est à la partie antérieure des quatre ou cinq premiers espaces intercostaux que la douleur se fait sentir. Quand, au contraire, c'est à la partie inférieure du thorax que la plèvre et les nerfs intercostaux sont enflammés, on note que la douleur est accusée vers la partie antérieure des derniers nerfs intercostaux. » Que si l'on est surpris de voir la douleur se montrer principalement dans un point du nerf qui n'est pas enflammé et qui ne correspond pas au siége de l'inflammation pleurale, M. Beau répond en citant les effets de la contusion du nerf cubital à l'articulation huméro-cubitale, contusion dans laquelle, comme chacun sait, la douleur vient retentir dans les deux derniers doigts. Il cite aussi le témoignage de Müller, qui remarque, d'après le docteur Frère, que, dans les amputations, les douleurs les plus vives se font sentir moins dans l'endroit même où l'on coupe les nerfs que dans les parties où ils se terminent.

En général, dit M. Beau, celui de tous les nerfs enflammés qui est le plus douloureux est celui qui correspond à la côte dont les mouvements sont le plus étendus. C'est pour cela que, dans la moyenne des cas, les malades accusent la douleur la plus vive à la partie antérieure du sixième ou du septième espace intercostal, parce que, chez la plupart des malades, et surtout chez les hommes, la septième côte est celle qui exécute le plus de mouvement.

M. Beau a ensuite constaté que la douleur spontanée indiquée par le malade n'est pas la seule dont il faille tenir compte; que l'on doit au contraire presser dans les espaces intercostaux voisins de celui que désigne le malade comme étant le siége de la douleur, et que, par ce moyen, on arrive à trouver d'autres nerfs douloureux, quoique à un moindre degré.

M. Beau, après avoir toutefois fait remarquer la position superficielle des nerfs

(1) *Archives générales de médecine*, 4ᵉ série. Paris, 1847, t. XIII, p. 161.

intercostaux du côté de la cavité thoracique et leur contact avec la plèvre, décrit comme il suit l'état anatomo-pathologique qui correspond à ces symptômes :

« L'inflammation, dit-il, occupe ordinairement toute la partie du nerf qui touche la plèvre ; mais elle ne s'étend pas plus loin, c'est-à-dire qu'on ne la retrouve plus, à partir de l'angle des côtes, dans les divers points où le nerf est séparé des plèvres par le muscle intercostal interne.

» Cette inflammation nerveuse est caractérisée par une injection souvent intense, non-seulement du névrilème, mais encore du nerf lui-même. Le cordon nerveux enflammé est donc souvent très rouge. Il est plus volumineux que les cordons sains ; comparaison d'a[illegible]t plus facile à faire, que sur le même côté du thorax on a des cordons sains et des cordons enflammés : sains dans les endroits où la plèvre est saine ; enflammés là où la plèvre elle-même est enflammée.

» Les nerfs enflammés ne m'ont paru, contre mon attente, ni plus mous ni plus friables que les nerfs sains ; quelquefois ils sont légèrement adhérents à la portion de plèvre qui leur est contiguë. »

Tels sont les points principaux du mémoire de M. Beau, relativement à la névrite intercostale. J'ai eu occasion d'examiner quelques faits sous ce point de vue, et j'ai trouvé : 1° que les traces d'inflammation indiquées par M. Beau sont bornées au névrilème ; 2° que néanmoins elles existent d'une manière évidente ; 3° mais que les points douloureux ne sont pas toujours bien circonscrits, et que, dans la plupart des cas, la douleur disparaît complétement, bien qu'à l'autopsie on trouve la rougeur du névrilème, et même son épaississement, qui ont persisté plus ou moins longtemps après ; ce qui me porte à admettre que la névrilémite n'est pas tout dans la douleur pleurétique, et que l'inflammation du névrilème n'est pas nécessairement douloureuse, car dans les cas de névrite bien caractérisée la douleur persiste tant que l'altération anatomique se maintient à son degré d'acuité. Comme on le voit, il y a encore à faire pour éclairer ces points obscurs. M. Beau n'en a pas moins rendu service à la pathologie en publiant ses recherches, car elles nous font mieux comprendre la manière dont se produit la douleur pleurétique dont la cause et la nature paraissaient si difficiles à saisir.

Enfin, il existe des *symptômes généraux* qui ont encore une très grande valeur, car nous ne les retrouverons pas dans les névralgies ordinaires. C'est d'abord un *mouvement fébrile* dont l'intensité est variable et qui est caractérisé par la chaleur, l'accélération du pouls, des frissons plus ou moins répétés, et ordinairement irréguliers. On a en outre noté dans plusieurs cas la *céphalalgie*, l'*anorexie*, le *dégoût des aliments ;* en un mot, des troubles digestifs plus ou moins marqués.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *[illegible]che* de la [illegible] est continue ; elle a néanmoins des exacerbations plus ou moins marquées, et par conséquent il ne faudrait pas s'en rapporter uniquement à cette marche pour la distinguer d'une névralgie. Dans les cas publiés, la *durée* a varié entre quelques jours et plusieurs mois. Lorsque l'affection est simple, elle *se termine* par la guérison ; mais il peut arriver, comme j'en ai cité un exemple, que la paralysie persiste après que tous les signes de l'inflammation se sont dissipés.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne dirai qu'un mot des lésions anatomiques, qui consistent dans la rougeur, l'épaississement, le ramollissement du névrilème ainsi que des filets nerveux eux-mêmes, suivant quelques-uns, ou simplement du tissu qui unit ces filets, suivant les autres. Lorsque l'inflammation est un peu plus ancienne, on trouve le nerf considérablement augmenté de volume (triplé suivant M. Martinet); la couleur est violacée, parfois le cordon nerveux est réduit en pulpe. Des caillots, une inflammation purulente ont été trouvés au milieu du tissu nerveux. Quant à la *gangrène* du nerf, on n'a cité aucun fait qui ait mis son existence hors de doute. Enfin, dans des cas où, selon toutes les apparences, la maladie avait passé à l'état chronique, on a trouvé la portion du nerf affecté dense, comme carnifiée; le névrilème était adhérent et épaissi. Il est, du reste, facile de comprendre quelles sont les altérations qu'une inflammation un peu vive peut produire dans le tissu des nerfs.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Rien ne serait plus facile que le diagnostic de la névrite, si dans tous les cas on pouvait, comme dans quelques-unes des observations de M. Martinet, constater l'existence d'un cordon dur et douloureux dans le trajet du nerf; cordon qu'on pourrait suivre encore de l'œil, à l'aide de la rougeur de la peau. On n'aurait, en effet, alors à distinguer la névrite que de la *phlébite* et de l'*artérite*. Or, outre le trajet du cordon enflammé qui n'est pas toujours le même, nous avons, d'une part, les élancements douloureux, les points de douleur qui caractérisent la névrite, et, de l'autre, la gangrène pour l'artérite, et l'œdème douloureux pour la phlébite. Si, dans cette dernière affection, l'œdème n'existe pas, on sent facilement les nodosités qui caractérisent le gonflement de la veine, et qui ne se trouvent pas dans celui du nerf.

Mais, dans le plus grand nombre des cas, rien n'est appréciable à la vue, et la palpation ne donne d'autre résultat que de produire une vive douleur. On peut alors facilement confondre la névrite avec une simple *névralgie;* car, ainsi que je l'ai fait voir dans la description des symptômes, ces affections ont beaucoup de signes communs. Voici, je crois, sur quelles bases le diagnostic doit être établi :

S'il est vrai de dire que la douleur à la pression existe dans les deux cas, et que son intensité peut parfois être égale de part et d'autre, il n'est pas moins certain que cette douleur est généralement plus vive dans la névrite; qu'elle se produit, soit qu'on presse largement, soit qu'on presse avec les extrémités des doigts; que pendant tout le temps que la maladie est à son summum d'intensité, elle a la même vivacité, tandis que par moments celle de la névralgie se calme au point que le malade ne se plaint que d'une sensibilité un peu augmentée; qu'enfin il n'arrive pas, dans la névrite, que le point enflammé sur lequel on vient de déterminer une vive douleur en pressant cesse momentanément d'être douloureux, au point de ne plus pouvoir être retrouvé pendant un temps plus ou moins long; tandis que nous verrons ce phénomène se produire fréquemment dans la névralgie.

La paralysie est, comme je l'ai dit plus haut, plus prompte, plus complète, plus durable dans la névrite. Elle peut n'occuper qu'un seul point limité. Ce signe différentiel doit être étudié avec le plus grand soin.

En outre, il existe dans la névrite, de la fièvre, des symptômes généraux, qui ne sont nullement de l'essence de la névralgie.

On voit que je n'ai parlé ni de la mobilité, ni de la variabilité des douleurs spontanées, ni des fourmillements, ni de l'engourdissement ; ces caractères, en effet, appartiennent aussi bien à l'une qu'à l'autre de ces deux affections.

Je ne vois pas d'autre maladie dont il soit important de distinguer la névrite. Les phlegmons, les inflammations des organes voisins, ne peuvent avoir qu'une ressemblance grossière avec elle ; il serait par conséquent inutile de s'y arrêter.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névrite et de l'artérite ou de la phlébite.*

NÉVRITE.	ARTÉRITE, PHLÉBITE.
Trajet du cordon enflammé différent de celui de l'artère ou de la veine dans un ou plusieurs points (signe qui n'existe que dans quelques cas).	*Trajet du cordon enflammé* différent de celui du nerf dans un ou plusieurs points (signe qui n'existe que dans quelques cas).
Élancements douloureux, déchirement, etc., *le long des cordons nerveux.*	Douleurs plus ou moins étendues, engourdissement, etc., *mais non douleurs lancinantes le long des cordons nerveux.*
Pas de gangrène.	Dans l'*artérite*, souvent *gangrène.*
Pas d'œdème.	Dans la *phlébite*, souvent *œdème.*
Cordon enflammé *non noueux.*	Dans la *phlébite*, *nodosité* du cordon enflammé.

2° *Signes distinctifs de la névrite et de la névralgie.*

NÉVRITE.	NÉVRALGIE.
Douleur à la pression *généralement plus vive.*	Douleur à la pression *généralement moins vive.*
Elle se produit *de quelque manière qu'on presse.*	Elle ne se produit ordinairement *que quand on presse avec l'extrémité des doigts.*
Elle est *toujours la même* tant que la maladie persiste avec la même intensité.	Elle a des moments *de calme et d'exacerbation marqués*, même au plus fort de la maladie.
On trouve toujours le point douloureux enflammé.	Souvent, après avoir produit une vive douleur dans un point, *la pression y devient insensible* pendant un temps plus ou moins long.
Paralysie parfois *partielle*, ordinairement *rapide* et *complète*, ou presque complète, très rebelle.	Paralysie *occupant toujours tout le membre*, survenue *lentement*, et incomplète (semi-paralysie de Cotugno).
Symptômes généraux ; fièvre.	*Pas de symptômes généraux ; pas de fièvre*, à moins de circonstances particulières.

Pronostic. — D'après ce que j'ai dit en parlant de la terminaison de cette maladie, elle est peu grave, puisque les malades n'ont succombé que dans les cas où ils ont été enlevés par une affection complicante. Le pronostic sera donc établi sur la gravité plus ou moins grande des complications. Lorsqu'il survient une paralysie complète de tout un membre, ou seulement d'une partie, on doit craindre, si l'affection est trop intense, de voir cette paralysie persister longtemps après la guérison de la névrite.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de cette maladie n'exige aucun développement ; car il ne se compose que des moyens les plus ordinaires de la médication antiphlogistique. Ce sont des *émissions sanguines* locales et générales, plus ou moins répétées suivant la force du sujet et l'intensité du mal ; les fomentations, les cataplasmes *émollients*, les *bains* locaux et généraux, le *repos* et une *diète sévère*.

Névrite chronique. — La plupart des auteurs ont parlé de la névrite chronique, mais sans citer des observations et seulement d'après l'anatomie pathologique. Nous n'aurions par conséquent rien à faire connaître de positif sur cette affection. Je dirai seulement qu'on a conseillé, dans les cas où la névrite passerait à l'état chronique, d'employer les *révulsifs*, les *dérivotifs*, et en particulier les *vésicatoires* ; mais il faut prendre garde de rapporter au traitement de la névrite ce qui appartient tout simplement au traitement des névralgies plus ou moins anciennes.

LIVRE CINQUIÈME.

Maladies des voies respiratoires.

Les maladies de l'appareil respiratoire sont à la fois multipliées, fréquentes et souvent très graves; sous ce triple point de vue, elles méritent toute l'attention du praticien. Je commencerai par les maladies des fosses nasales.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES FOSSES NASALES.

Les fosses nasales ont un double usage : 1° elles sont le siége de l'olfaction ; 2° elles constituent une portion importante du canal respiratoire. A ces deux titres, elles intéressent le physiologiste. Il n'en est pas de même du pathologiste. Pour lui, en effet, les fosses nasales ont un médiocre intérêt comme siége de l'olfaction ; les aberrations de l'odorat, lorsqu'elles n'ont pas pour cause une lésion organique, ou, en d'autres termes, lorsqu'elles ne sont pas un simple symptôme d'une affection plus sérieuse, ne sont presque jamais soumises à son observation ; et quand elles ne constituent qu'un symptôme, leur importance se perd dans celle des autres phénomènes présentés par la maladie principale. Comme faisant partie des voies respiratoires, au contraire, elles présentent des affections importantes, qui vont être étudiées successivement.

Voici l'ordre que nous suivrons dans la description des diverses maladies de ces cavités. Nous commencerons par l'*épistaxis*, affection légère ordinairement, mais parfois assez grave pour causer la mort. Puis nous décrirons l'inflammation aiguë simple de la pituitaire, *coryza aigu simple*, *rhinite aiguë;* l'inflammation chronique simple, *coryza chronique simple*, *rhinite chronique ;* et enfin l'*ozène*, maladie importante que nous désignerons, pour des raisons qui seront exposées plus loin, sous le nom de *coryza ulcéreux,* ou *rhinite ulcéreuse*.

ARTICLE Ier.

ÉPISTAXIS.

Nous ne diviserons pas cette hémorrhagie en critique et symptomatique, avec fièvre et sans fièvre, comme l'a fait Fernel (1), ou bien en passive, pléthorique, fébrile, critique, *insalubre*, d'après Sauvages (2). Nous ne conserverons de ces divisions que ce qui pourra avoir quelque importance pour le traitement, et ne nous

(1) *Pathol.*, lib. V, chap. VII, *Hæmorrhagia narium*.
(2) *Nosologie méthodique*, t. II, p. 284. Amsterdam, 1768.

occuperons dans cet article que de l'épistaxis, qui constitue à elle seule une maladie à combattre.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Toute espèce d'hémorrhagie nasale est désignée aujourd'hui sous le nom d'*épistaxis*. Les anciens lui donnaient généralement le nom d'*hæmorrhagia narium*, ou simplement d'*hæmorrhagia ;* quelquefois ils mettaient en usage les expressions de *stillatio sanguinis è naribus, sanguinis fluxus per nares.* Dans ces derniers temps, on s'est servi des termes de *rhinorrhagie* ou *hæmorrhinorrhagie.*

L'épistaxis est, sans contredit, la plus fréquente de toutes les hémorrhagies, mais il est assez rare qu'elle soit assez abondante pour détériorer la santé ou pour réclamer immédiatement les secours de l'art. Néanmoins il est peu d'auteurs qui n'aient cité des exemples d'hémorrhagies nasales très violentes, et auxquelles il a fallu opposer des remèdes énergiques, en sorte que le praticien doit être en garde contre de pareils accidents et connaître à fond les divers moyens de traitement qui seront décrits plus loin avec détail.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Épistaxis idiopathique. — C'est un fait reconnu par tout le monde, que le jeune *âge* est particulièrement sujet à cette espèce d'hémorrhagie. Toutefois il est nécessaire d'établir une distinction. Si l'on considère l'épistaxis en général, sans acception des circonstances qui peuvent lui donner les degrés de gravité les plus divers, nul doute que l'enfance et l'adolescence ne soient les époques de la vie où elle se manifeste de préférence. Combien ne trouve-t-on pas d'individus qui, après avoir eu pendant toute leur jeunesse des épistaxis très fréquentes, les ont vues disparaître peu à peu, à mesure qu'ils avançaient vers l'âge mûr ! Mais si nous ne considérons que l'épistaxis qui, par sa gravité, compromet la santé et même la vie des sujets, nous sommes bien loin de trouver, dans le jeune âge, cette proportion immense de cas qu'on y observe quand il s'agit de l'épistaxis légère. Parmi les observations que nous avons pu réunir, quatorze donnent l'âge des malades, et il en résulte que six seulement étaient, non point des enfants, mais des jeunes gens ; et que huit étaient parvenus à l'âge mûr ou à une vieillesse assez avancée.

Quant au *sexe*, les faits prouvent qu'il a une grande influence sur la production de l'épistaxis. Les sujets du sexe masculin éprouvent bien plus fréquemment cette hémorrhagie que ceux du sexe féminin ; et ce qui est vrai de l'épistaxis, considérée en général, ne l'est pas moins de l'épistaxis grave ; car sur dix-sept cas de ce genre que j'ai rassemblés et qui font mention du sexe, douze appartiennent à des hommes.

On a dit que cette hémorrhagie est assez souvent *héréditaire ;* c'est une assertion émise formellement par F. Hoffmann (1), et qui peut être exacte, mais dont l'exactitude n'est nullement prouvée, car à peine trouve-t-on deux ou trois observations où cette hérédité ait été parfaitement constatée.

Une *constitution forte*, le *tempérament sanguin* et tous les signes d'un *état plé-*

(1) *Opera medica*, t. 1, *Hæmorrhagia narium*. Genève, 1748.

thorique habituel, sont aussi regardés comme des prédispositions à la maladie qui nous occupe. Sur dix-neuf observations, examinées dans le but de résoudre cette question, six viennent à l'appui de l'opinion générale; et comme, dans ces observations, il s'agit de cas graves, dont un bon nombre ont des causes organiques, il s'ensuit (en admettant que le nombre des faits soit suffisant) que l'épistaxis idiopathique survient fréquemment chez les sujets placés dans les conditions qui viennent d'être indiquées.

Un *régime excitant*, des *boissons alcooliques* abondantes, doivent-ils être rangés parmi les causes dont il s'agit? On le pense généralement, et l'on en appelle à l'expérience en faveur de cette opinion. Nous sommes loin de nier l'influence de ces causes, dont l'existence me paraît au moins très probable; mais des recherches rigoureuses n'ont pas été faites pour nous apprendre quel est son degré de puissance.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur l'influence des *saisons* dans la production de l'épistaxis; mais généralement on admet que cette hémorrhagie est plus fréquente au printemps et au commencement de l'été qu'à aucune autre époque de l'année. Parmi ceux qui ne regardent pas ce fait comme démontré, et qui affirment que l'épistaxis a également lieu dans toutes les saisons, il faut citer, en première ligne, le célèbre Sydenham (1). Mais ici encore nous manquons de recherches exactes qui puissent nous fixer sur la valeur de ces deux opinions opposées; cependant l'expérience paraît contraire à la manière de voir de Sydenham, et le grand nombre d'épistaxis qu'on observe au commencement des chaleurs ne laisse guère de doute sur la réalité de cette cause, quoique son degré précis d'influence nous soit inconnu.

Nous ne ferons que mentionner quelques autres causes prédisposantes, telles que la *vie sédentaire*, l'*état de grossesse*, le *peu de longueur du cou*, l'*amputation d'un membre* (2), qui ont été assignées à l'épistaxis, mais sans preuves.

Épistaxis symptomatique. — C'est dans les causes prédisposantes des maladies dont l'épistaxis est un symptôme, qu'il faut chercher celles de ce symptôme lui-même. Il serait superflu d'entrer dans de longs détails à ce sujet. Disons seulement que dans un âge avancé, il se produit une plus grande proportion d'épistaxis de cette espèce. C'est du moins ce qu'un coup d'œil jeté sur un certain nombre de faits, et l'opinion de la plupart des auteurs, nous portent à admettre, en attendant qu'une observation plus attentive ait prononcé.

On a cité des exemples d'épistaxis graves observées chez des sujets tellement prédisposés aux hémorrhagies, qu'il leur survenait de nombreuses pertes de sang par différentes voies, soit en même temps, soit à de courts intervalles. La cause de cette *diathèse* hémorrhagique n'a pas été découverte, et en les nommant *hémorrhagies constitutionnelles*, on a constaté le fait sans jeter la moindre lumière sur la question. Ces épistaxis sont-elles dues à un état particulier du sang? à une congestion exagérée de la muqueuse? à sa trop grande perméabilité? Ce sont autant de problèmes qu'il est impossible de résoudre. Dans tous les cas, les hémorrhagies de ce genre sont souvent héréditaires, ce qui leur a valu le nom d'*hémorrhaphylie* (φυλή, race, famille).

Nous indiquerons, sans en garantir la réalité, celles de ces causes sous l'influence desquelles on croit généralement que se produit l'épistaxis.

(1) *Opera omnia*, cap. VII, p. 177, *Hæmorrhagia narium*

(2) F. Hoffmann, *loc. cit.*, § 12.

2° Causes occasionnelles.

Épistaxis idiopathique. — On a cru trouver la cause occasionnelle de cette hémorrhagie dans l'*insolation;* dans le *séjour* plus ou moins prolongé dans un lieu dont la *température est élevée;* dans l'*usage immodéré des boissons chaudes, aromatiques*, et surtout *alcooliques;* dans les *travaux de l'esprit* trop persévérants; dans un *exercice pénible*, de grands *efforts de voix*, un violent *éternument*, une vive *contrariété*, un *coup*, l'usage du *tabac*, la *titillation des narines*, l'*action des bains de mer*, etc., etc. Il se peut que plusieurs de ces causes aient une grande part dans la production de l'épistaxis légère; mais pour l'épistaxis grave, voici ce qui a eu lieu dans six des dix-neuf cas que j'ai rassemblés. Deux sujets, après avoir pris une énorme quantité de *boissons alcooliques*, ont eu une hémorrhagie qui a fait craindre pour leurs jours. Un autre a été soumis à une *insolation* prolongée et a fait abus des plaisirs vénériens; le quatrième a eu une vive *affection morale;* le cinquième s'était, pendant plusieurs jours, livré sans relâche aux *travaux de l'esprit*, et le sixième avait reçu un *coup* sur le nez. Est-il permis de généraliser avec des faits si variés et si peu nombreux?

Quelquefois une suppression brusque des règles est promptement suivie d'une épistaxis; on peut donc regarder la *suppression du flux menstruel* comme une cause déterminante de l'hémorrhagie nasale; mais, pour tout autre flux, on doit rester dans le doute, car s'il existe en faveur de cette opinion d'autres preuves que les assertions des auteurs, elles sont loin d'être nombreuses. Chez un seul sujet, dont l'observation est citée par Fabrice de Hilden (1), une épistaxis grave survint après la *suppression d'un flux sanguin* qui avait lieu à certaines époques de l'année par la rupture de quelques varices des jambes.

Parmi les causes de l'épistaxis, on a encore rangé les *fièvres intermittentes*, et Morgagni expliquait par l'engorgement des viscères abdominaux la congestion de la pituitaire et l'hémorrhagie qui en est la suite. Dans un seul cas, une épistaxis *abondante* s'est montrée dans le cours d'une fièvre intermittente, et l'état de la rate n'a pas été mentionné.

Enfin, on a cité des *épidémies* d'épistaxis. Morgagni (*epist.* XIV) en mentionne une qui fit périr un grand nombre d'habitants de l'Étrurie et de la Romagne, mais il ne donne pas de détails suffisants pour qu'on puisse dire si l'hémorrhagie était idiopathique ou symptomatique d'une affection générale.

Épistaxis symptomatique. — Les causes occasionnelles de l'épistaxis symptomatique, lorsqu'on a pu en découvrir, n'ont pas été différentes de celles qui produisent l'épistaxis idiopathique; en général, seulement, elles ont, dans ces cas, beaucoup plus de puissance. C'est tout ce qu'on en peut dire dans l'état actuel de la science.

§ III. — Symptômes.

Symptômes précurseurs. — Il n'est peut-être pas d'hémorrhagie où l'on ait plus fréquemment trouvé les signes du *molimen hæmorrhagicum* que l'épistaxis. Les anciens ont décrit avec soin ces symptômes précurseurs; mais comme ils n'établissaient aucune distinction entre les diverses espèces d'épistaxis, sans en excepter

(1) Obs. XIV, cent. II, *De periculosa hæmorrhagia narium in sene.*

celles des maladies fébriles (*epistaxis cum febre*, de Fernel; *febrilis*, de Sauvages, etc.), il s'ensuit que parmi ces symptômes précurseurs il en est un certain nombre qui appartiennent à la maladie principale dont l'épistaxis n'est qu'un symptôme. Dans une fièvre typhoïde, par exemple, on ne peut pas dire, lorsqu'il survient une épistaxis, que cette hémorrhagie a eu pour symptômes précurseurs la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, la faiblesse générale, etc., car ces symptômes sont ceux du début de la fièvre typhoïde elle-même.

Les symptômes précurseurs admis aujourd'hui sont les suivants : démangeaison de l'intérieur des narines, augmentation de chaleur, sécheresse de la muqueuse, enchifrènement, pesanteur vers la racine du nez, éternuments fréquents, quelquefois sensation d'un corps étranger dans les fosses nasales, battements des artères temporales, congestion de la face, éclat des yeux, ouïe dure, bourdonnements ou sifflements d'oreilles, impossibilité de se livrer au travail, pesanteur de tête, céphalalgie, dureté du pouls, refroidissement des extrémités, etc., etc. On trouve même dans la plupart des auteurs que ces symptômes n'ont quelquefois pour siége qu'un seul côté de la face; mais on chercherait vainement un fait authentique en faveur de cette proposition.

Il est certain que dans plusieurs cas on constate l'existence d'un ou de plusieurs des symptômes qui viennent d'être indiqués; mais quand on examine attentivement les faits, on ne tarde pas à se convaincre qu'il y a dans ce tableau la plus excessive exagération, et l'on ne peut y voir qu'un reste de cette confusion qui a conduit les anciens à attribuer à une maladie ce qui appartient à une autre. Combien de fois ne voit-on pas l'épistaxis survenir sans aucun de ces signes, et pour ainsi dire à l'insu du sujet qui en est affecté ! C'est ce qui a été reconnu par le docteur Kerr (1), et par M. Rochoux, qui s'exprime ainsi à ce sujet (2) : « Quand vraiment on observe des accidents graves et nombreux, c'est surtout dans les affections aiguës, susceptibles de présenter l'épistaxis comme crise ou complication : alors les symptômes qui l'annoncent, l'espèce d'orage qui la précède, et durant lequel elle s'effectue, tiennent évidemment beaucoup plus à la maladie principale qu'au prétendu effort hémorrhagique. » Ce qui est vrai de l'épistaxis légère ne l'est pas moins de l'épistaxis assez grave pour compromettre les jours des malades.

Symptômes pendant l'hémorrhagie. — Le principal et presque l'unique symptôme de l'épistaxis est l'écoulement du sang par une des ouvertures des fosses nasales ; il faut donc étudier avec soin son abondance, les propriétés physiques du liquide qui s'écoule, la manière dont il s'échappe, etc.

La distinction de l'épistaxis en active et en passive, ou bien en artérielle et en veineuse (Rivière), a été établie en grande partie d'après les différences que présentait l'écoulement du sang chez les divers sujets. Nous allons présenter la description de l'épistaxis d'après les auteurs, tout en cherchant dans les observations quelle confiance on peut avoir dans leurs assertions.

Un ou plusieurs des symptômes précurseurs précédemment décrits ayant duré pendant un temps variable (quelques heures ou plusieurs jours), ou bien ayant entièrement manqué, le sang commence à s'écouler goutte à goutte ; il s'échappe

(1) *The Cyclopædia of pract. med.*, art. ÉPISTAXIS.
(2) *Dictionnaire de médecine*, t. XII, p. 203, art. ÉPISTAXIS.

par l'ouverture antérieure des fosses nasales, ou, ce qui est plus rare, par les ouvertures antérieures et postérieures à la fois, ou enfin, ce qui est beaucoup plus rare encore et doit être regardé comme exceptionnel, par les ouvertures postérieures seulement.

Dans vingt et une observations d'épistaxis grave que nous avons sous les yeux, il n'est pas fait une seule fois mention de la voie que prenait le sang pour se répandre au dehors.

L'*impétuosité* avec laquelle se produit l'hémorrhagie a été aussi remarquée. Suivant les auteurs, elle est grande dans l'hémorrhagie active, et faible au contraire dans l'hémorrhagie passive. Les observations que je leur emprunte ne nous apprennent encore rien au sujet de cette circonstance. Il est permis de croire que l'impétuosité de l'écoulement n'était pas moindre dans les hémorrhagies dites passives que dans les autres, car la perte de sang y a été tout aussi considérable, dans un temps donné.

La *couleur*, le *degré de température*, et la *coagulabilité* plus ou moins grande du sang, ont été décrits avec soin, toujours dans le but de distinguer l'hémorrhagie active ou artérielle de l'hémorrhagie passive ou veineuse. Dans certains cas, on a vu le sang sortir rouge, chaud et très coagulable, et l'on en a conclu qu'il y avait une hémorrhagie active ou artérielle; dans d'autres, au contraire, ce liquide était brunâtre et ne se coagulait pas, ce qui constitue l'hémorrhagie passive ou veineuse. On a même dit que dans la première de ces deux formes il se produisait facilement une *couenne* plus ou moins épaisse sur le sang. Les faits sont insuffisants sur ce point, car dans deux cas seulement, il est dit que le sang était clair ou ressemblait à une sérosité rougeâtre, mais après une certaine durée de l'hémorrhagie. On voit donc que jusqu'à présent les observations nous laissent sans renseignements précis sur des points très importants, et que si nous admettons cette division de l'épistaxis en hémorrhagie active et passive, c'est plutôt d'après des idées théoriques que d'après une démonstration directe. Mais, heureusement, le médecin a, pour se guider dans sa pratique, des signes positifs qui sont indépendants de toute théorie, ainsi qu'on va le voir.

L'*abondance* de l'écoulement de sang est très variable. Dans les épistaxis ordinaires, qui ne méritent pas en elles-mêmes de fixer l'attention du médecin, et qui n'ont d'importance que par leur fréquence, leur marche, ou leur suppression, l'hémorrhagie est peu abondante ; mais dans l'hémorrhagie nasale grave dont il s'agit principalement ici, la perte de sang peut être énorme. Suivant quelques auteurs, la *quantité* du sang perdu a été de dix-huit, quarante-huit et même soixante-quinze livres (1). Dans les observations que j'ai sous les yeux et qui appartiennent à Forestus, Fabrice de Hilden, Fr. Hoffmann, Latour, etc., on ne trouve pas, à beaucoup près, des chiffres aussi élevés, car lorsque la perte de sang est évaluée, elle ne s'élève pas à plus de six à douze livres ; mais dans plusieurs cas il est dit que le sang coulait comme un ruisseau, ou bien que l'écoulement avait lieu abondamment depuis plusieurs jours.

Cette abondance excessive de l'écoulement sanguin appartient exclusivement à

(1) Ces auteurs ne disent pas pendant combien de jours avaient duré ou s'étaient reproduites ces hémorrhagies, et le chiffre qu'ils nous donnent pourrait bien être entaché d'exagération.

l'hémorrhagie dite passive ou à l'hémorrhagie symptomatique. Cette proposition, généralement vraie, est néanmoins trop absolue, car sur dix-neuf cas d'épistaxis assez abondante pour compromettre l'existence et pour exiger de prompts secours, il en est six qui présentaient des signes de l'hémorrhagie dite active, tels que rougeur de la face, éblouissements, plénitude, dureté du pouls, etc.

Le *siége* précis de la filtration du sang à travers la membrane pituitaire n'est pas toujours facile à déterminer. Le plus souvent on le trouve dans la moitié antérieure d'une des deux fosses nasales; quelquefois c'est la partie postérieure qu'il occupe exclusivement, et quelquefois aussi toute l'étendue de ces cavités. M. Gendrin (1) prétend que « le sang qui s'extravase à la surface de la pituitaire vient très rarement d'une partie de cette membrane plus élevée que celle qui revêt les ailes du nez et la convexité des cornets inférieurs » ; et il ajoute que « l'on peut très souvent, par un examen attentif, reconnaître à la vue le point d'où provient le sang. » C'est un fait à vérifier, car cet auteur est le seul qui ait avancé une pareille proposition. Il resterait toujours à savoir si, dans les cas sérieux, le siége de l'hémorrhagie est aussi borné et aussi accessible à la vue.

C'est par l'ouverture la plus voisine du siége de l'hémorrhagie que se fait l'écoulement; toutefois, si le sujet est debout ou assis, et si sa tête est inclinée en avant, le sang s'échappe par l'ouverture antérieure, même lorsqu'il a sa source dans la partie postérieure des fosses nasales; et s'il est couché en supination, le contraire a lieu. Dans ce dernier cas, le liquide tombe dans le pharynx, et est ensuite expulsé par la bouche. Chez les enfants, ou bien lorsque l'épistaxis a lieu la nuit, le sang peut arriver jusque dans l'estomac et faire croire ensuite à l'existence d'une hématémèse. Nous y reviendrons à l'article du diagnostic.

On voit quelquefois une épistaxis très abondante se suspendre presque tout à coup par suite de la formation de caillots à l'ouverture antérieure des fosses nasales. On peut croire alors que l'hémorrhagie est terminée; mais bientôt, soit que l'on enlève les caillots, soit que l'effet du sang accumulé les chasse violemment, soit enfin que le liquide s'écoule par l'ouverture postérieure et tombe dans le pharynx, tous les symptômes de l'hémorrhagie se reproduisent. Un simple éternument ou l'action de se moucher suffisent pour rappeler le flux sanguin.

Lorsque l'hémorrhagie survient chez un sujet bien constitué, fort, pléthorique et présentant quelques signes de congestion vers la tête, le premier résultat de l'écoulement du sang est de procurer un soulagement notable; et si cet écoulement est médiocrement abondant, il ne produit que d'heureux effets. Mais si l'hémorrhagie se prolonge, il survient des symptômes qui annoncent un grand danger, et qui se manifestent principalement dans les cas d'épistaxis symptomatique, chez les sujets faibles, mal constitués, chlorotiques, scorbutiques, etc. Ces symptômes, bien qu'appartenant à toutes les hémorrhagies abondantes, doivent être marqués dans cet article.

La face pâlit, et, peu de temps après, les téguments des autres parties du corps se décolorent. Les extrémités se refroidissent; des horripilations ont lieu, et, si le corps se couvre de sueur, c'est une sueur froide. La faiblesse est extrême; les sujets, couchés sur le dos, ont à peine la force de faire un mouvement. Dans un cas, on trouva le malade étendu par terre au milieu du sang qu'il avait perdu, et

(1) *Traité philosophique de médecine pratique*. Paris, 1838, t. I, p. 116.

quoiqu'il ne fût pas encore privé de connaissance, il lui était impossible de se relever. Enfin des lipothymies plus ou moins nombreuses viennent rendre ces symptômes plus effrayants encore.

Dans quelques cas, la perte de sang, quoique trop peu abondante pour produire d'aussi graves accidents, a néanmoins été assez considérable pour laisser après elle de la langueur, de la faiblesse, des palpitations de cœur déterminées par la moindre cause, de l'inappétence ou un appétit capricieux, des digestions difficiles, en un mot tous les signes d'une grande susceptibilité nerveuse. La multiplicité des épistaxis dans un temps donné a les mêmes effets, quoique chaque hémorrhagie en particulier ne soit pas assez considérable pour les produire.

En même temps que l'hémorrhagie nasale a lieu avec violence, on voit dans quelques cas des *pétéchies*, des *ecchymoses*, se montrer sur différentes parties du corps; ces cas sont très graves. Latour et M. Pascal en ont cité des exemples.

Quelquefois, loin d'être trop abondante, l'épistaxis paraît s'arrêter trop tôt, ce que l'on reconnaît à la persistance des symptômes qui ont précédé l'écoulement sanguin. Le médecin doit avoir son attention fixée sur ce point; car, en pareil cas, les secours de la médecine sont toujours nécessaires.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

On sait que l'épistaxis légère est une hémorrhagie qui, pendant de longues années, se reproduit à des intervalles plus ou moins variables, et avec une fréquence plus ou moins grande, suivant les saisons. Quelques sujets présentent cette hémorrhagie toute leur vie; mais le plus souvent elle cesse après l'enfance ou la jeunesse. Dans quelques cas peu fréquents, l'épistaxis revient à des intervalles très réguliers, mais assez éloignés. On en voit un exemple dans une observation publiée par M. Taunton (1), qui en est lui-même le sujet. L'hémorrhagie, qui eut lieu pour la première fois à neuf ans, commença à prendre le caractère périodique à l'âge de quatorze ans. Elle revenait régulièrement tous les mois, et à l'âge de trente-six ans, époque à laquelle l'auteur écrivait, la régularité se soutenait encore. Il n'y eut qu'un petit nombre d'époques où l'écoulement du sang fut supprimé, et alors il survint divers accidents dont le siége était principalement dans la tête. Ne peut-on pas comparer cette évacuation à l'hémorrhagie menstruelle?

Il est quelques cas rares où la périodicité de l'épistaxis est plus remarquable encore. L'intervalle qui sépare, en pareil cas, les espèces d'accès hémorrhagiques n'est pas, en effet, plus considérable que celui qui sépare les accès de fièvre intermittente. On en trouve un exemple remarquable dans une observation recueillie et publiée par M. Bottex (2). Dans ce cas, il y eut une épistaxis *quotidienne* très abondante, revenant pendant quatre jours à heure fixe, et durant trois heures chaque fois. Dans le second accès, la face était vultueuse, les yeux brillants, le pouls dur et accéléré. Le sulfate de quinine fut administré, et eut un plein succès. Un cas semblable a été observé par un des auteurs du *Compendium* (3). J'en parlerai un peu plus loin. Enfin le docteur Millet a rapporté une observation de la même

(1) *London med. and surg. Journal*, 1830, vol. IV, p. 489.
(2) *Compt. rend. des trav. de la Soc. méd. de Lyon*, 1831, p. 36.
(3) *Compendium de médecine pratique*, par MM. Monneret et Fleury, t. III, p. 438.

nature, dans laquelle l'épistaxis était également quotidienne, et céda immédiatement au sulfate de quinine (1).

Lorsque l'hémorrhagie est assez abondante pour compromettre les jours des malades, il est rare que le sang s'échappe continuellement avec la même force pendant toute la durée de l'épistaxis. Par moments, l'écoulement se suspend, ou diminue notablement, pour recommencer bientôt avec une nouvelle activité ; c'est en général dans les hémorrhagies nasales dites passives que cet écoulement a le plus d'uniformité.

Dans trois cas d'épistaxis mortelle que nous avons eus sous les yeux, la perte de sang, qui avait été très intermittente, se reproduisit peu d'instants avant la mort, et emporta les malades.

La *durée* de l'épistaxis légère est, comme chacun sait, peu considérable ; un quart d'heure ou vingt minutes sont regardés dans ces cas comme une assez longue durée. Quant à l'épistaxis grave, elle se prolonge plus longtemps ; mais il faut établir à ce sujet une distinction. Si l'on considère la durée totale de l'épistaxis, sans avoir égard aux intermittences irrégulières qu'elle présente le plus souvent, on trouve que cette hémorrhagie peut durer depuis quelques heures jusqu'à quinze et vingt jours, se reproduisant un certain nombre de fois dans les vingt-quatre heures. Mais si l'on constate la durée de chacun de ces retours plus ou moins fréquents de la perte sanguine, on voit qu'une persistance de trois ou quatre heures peut être considérée comme excessive. Il est rare qu'en pareil cas les symptômes généraux ne soient pas alarmants au plus haut point.

Lorsque l'épistaxis se termine heureusement, sans application de médicaments topiques, on voit l'hémorrhagie diminuer peu à peu ; et s'il existe des symptômes généraux, ils se dissipent en partie. Ainsi la chaleur reparaît aux extrémités, le pouls se relève, et l'affaissement est moins considérable. Lorsque les moyens employés réussissent à supprimer plus ou moins brusquement l'hémorrhagie, on remarque les mêmes signes favorables ; mais, dans l'un et l'autre cas, si la perte de sang a été abondante, la faiblesse persiste pendant un temps assez long.

§ V. — Lésions anatomiques.

La tuméfaction et l'injection de la muqueuse ont été données par M. Gendrin comme les seules lésions organiques appartenant aux épistaxis de courte durée. Dans les épistaxis chroniques, il dit avoir vu une injection telle des capillaires, que ces vaisseaux étaient comme variqueux.

Dans les trois cas d'épistaxis mortelles que nous avons eus sous les yeux, on n'a trouvé de ces altérations que l'épaississement de la muqueuse, et cela une seule fois (2). Chez un second sujet, les fosses nasales et les sinus maxillaires étaient remplis par un caillot sanguin, en partie blanc et demi-transparent ; mais la pituitaire était intacte. Chez le troisième, observé par M. Félix Pascal (3), les fosses nasales ne présentaient aucune espèce d'altération.

(1) *Épistaxis survenant tous les matins à la même heure* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, août 1844).

(2) *Case of death by inanition from spontaneous hemorrhagy*, by James Bonnar (*Edinburgh med. and surg. Journal*, 1822, t. XVIII).

(3) *Épistaxis passive suivie de mort* (*Nouv. journ. de méd.*, mai 1820, t. VIII, p. 18).

On peut donc dire qu'il n'y a pas de lésion organique qui appartienne en propre à l'épistaxis. Mais si l'on ne trouve rien dans les fosses nasales, il est dans d'autres parties du corps quelques lésions qui ne sont pas sans importance. On voit quelquefois, dans divers points des téguments, des ecchymoses plus ou moins profondes, dues à une infiltration du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané; d'autres fois, ce sont de simples pétéchies. Dans un cas qui a été présenté à la Société anatomique, nous avons vu des extravasations sanguines formant des taches de grandeur variable dans tous les organes et même dans les parois du cœur. Il est plus que probable que dans ces cas, qui font partie de ces épistaxis si graves dont il a été parlé plus haut, il y a une altération du sang; mais on n'a pas encore rigoureusement constaté quelle est cette altération.

La décoloration observée pendant la vie dans les téguments existe après la mort dans tous les tissus; les vaisseaux sont vides. On trouve, en un mot, cet état exsangue de tout le corps qui est le résultat des grandes hémorrhagies.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'épistaxis, considéré d'une manière absolue, ne présente aucune difficulté, l'écoulement du sang au dehors suffit pour lever tous les doutes; mais on peut être appelé à résoudre quelques questions délicates que je vais passer en revue.

1° *Peut-on diagnostiquer une épistaxis d'après les symptômes précurseurs?* Si les symptômes de congestion, le trouble de la vision, les étourdissements, la pesanteur de tête, la démangeaison, les picotements siégeant dans les narines, surviennent chez un individu sujet aux épistaxis, à une époque assez éloignée d'une hémorrhagie antérieure, et dans une saison où cette affection est fréquente, on peut prévoir l'apparition de l'écoulement sanguin; mais, même dans ce cas, il faut être très réservé. Dans toute autre circonstance, on doit s'abstenir de tout jugement.

2° *Lorsque le sang cesse de couler par l'ouverture antérieure des narines, peut-on savoir s'il est complétement arrêté, ou s'il s'écoule encore dans l'arrière-bouche?* Ordinairement, les malades rejettent le sang par expuition, et il n'y a alors aucune difficulté. Mais si l'épistaxis a lieu chez un enfant, ou chez une personne privée de connaissance, il faut observer les mouvements de déglutition et ouvrir largement la bouche du malade. Si l'écoulement du sang continue, on voit ce liquide descendre en nappe sur la paroi postérieure du pharynx.

3° *Lorsque le sang a été avalé, ce qui peut avoir lieu pendant le sommeil, il est quelquefois rejeté par le vomissement; comment distinguer alors l'épistaxis de l'hématémèse?* On inspecte avec soin l'ouverture antérieure des fosses nasales et le pharynx. Par ce moyen on découvre la source de l'hémorrhagie, si elle persiste encore, même à un faible degré. Si elle a cessé, on trouve encore des caillots plus ou moins consistants dans ces parties; il est d'ailleurs bien difficile qu'on n'ait pas des renseignements suffisants pour lever tous les doutes. D'autre part, l'absence de tout symptôme antérieur du côté des voies digestives viendra en aide au diagnostic.

Les mêmes signes feront distinguer l'expuition du sang provenant d'une épistaxis, de cette hémoptysie qui a lieu sans grands efforts de toux et par un simple mouvement d'expiration. De plus, l'état du sang pris en caillots noirs, et non mêlé

aux crachats, servira à éloigner l'idée d'une hémoptysie; et les signes fournis par la percussion et l'auscultation compléteront le diagnostic, qui peut être résumé de la manière suivante :

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs des symptômes précurseurs de l'épistaxis et du coryza intense, à son début.*

SYMPTÔMES PRÉCURSEURS DE L'ÉPISTAXIS.	CORYZA AIGU INTENSE, AU DÉBUT.
Pesanteur de tête plus notable que la douleur.	*Céphalalgie* plutôt que simple pesanteur de tête.
Troubles de la vision consistant en bluettes; coloration rouge des corps, etc.	*Impression désagréable* produite par la lumière; larmoiement.
Quelquefois *bourdonnements* d'oreille.	Pas de *bourdonnements* d'oreille.
Pituitaire plutôt *humide* que sèche.	*Sécheresse* notable de la pituitaire.

Je ne saurais trop répéter que ce diagnostic est douteux; qu'il n'est fondé que sur des nuances souvent trompeuses, et qu'il n'a une véritable valeur que lorsque les signes regardés comme précurseurs d'une épistaxis surviennent chez un individu sujet à cette hémorrhagie, et à une époque où l'on doit en attendre le retour.

2° *Signes annonçant que l'écoulement du sang, bien que ne se produisant plus par l'ouverture antérieure des fosses nasales, n'est pas encore terminé.*

Le *pouls* ne se relève pas; il devient au contraire plus petit et plus concentré.
Le *refroidissement* des extrémités persiste et même augmente.
Sueur froide sur tout le corps.
Mouvements de déglutition plus ou moins marqués.

Lorsqu'on observe ces signes, il faut examiner le pharynx, et l'on voit le sang s'écouler en nappe. Lorsque le sujet a encore assez de force pour rejeter le sang par la bouche, le diagnostic n'offre évidemment aucune difficulté, et les signes précédents sont inutiles.

3° *Signes distinctifs de l'épistaxis et de l'hématémèse, lorsque le sang, après avoir été avalé, est rendu par la bouche.*

ÉPISTAXIS.	HÉMATÉMÈSE.
Commémoratifs : Aucun symptôme *du côté des voies digestives.*	*Commémoratifs :* Souvent symptômes antérieurs *du côté de l'estomac;* douleurs; troubles des digestions, etc.
Hémorrhagie nasale avant le vomissement de sang.	Vomissement de sang non précédé d'*hémorrhagie nasale.*
Traces de sang : Caillots mous ou desséchés dans les fosses nasales.	Pas de *traces de sang* dans les fosses nasales.

Quelquefois néanmoins l'hématémèse est tellement abondante, qu'une partie du sang s'échappe par le nez, et, dans ce cas, le médecin arrivant dans un moment où l'hémorrhagie serait moins forte, pourrait trouver dans les fosses nasales des traces de sang propres à l'induire en erreur. La simultanéité de l'écoulement

par la bouche et par le nez, et les autres commémoratifs, faciliteront ce diagnostic, qui est important, car l'hématémèse est une maladie bien autrement grave que l'épistaxis.

4° Signes distinctifs de l'épistaxis et de l'hémoptysie dans des circonstances semblables aux précédentes.

ÉPISTAXIS.	HÉMOPTYSIE.
Sang rejeté par de *simples efforts d'expuition* ou à la suite d'une *toux légère*.	Sang rendu *à flots* ou à la suite d'*efforts de toux*.
Sang *noir*, souvent en caillots.	Sang *rutilant, spumeux*.
Traces de sang dans les fosses nasales.	*Pas de traces* de sang dans les fosses nasales. (Les réflexions précédentes pourraient être reproduites ici).
Commémoratifs, *ut suprà*.	Commémoratifs, *ut suprà*.
Point de *signes de tubercules*, à moins d'une coïncidence.	*Signes de tubercules* obtenus par *la percussion et l'auscultation*.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que, pour les élever à un degré de certitude qu'ils sont loin d'avoir encore atteint, ces diagnostics différentiels doivent être étudiés avec plus de soin et de méthode qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Pronostic. — Le pronostic de l'épistaxis est plus important que celui de beaucoup d'autres maladies, parce que le praticien peut avoir deux indications opposées à remplir : tantôt, en effet, il faut se hâter d'arrêter l'écoulement du sang, et tantôt, au contraire, on doit le respecter, si même on ne doit pas le favoriser. On sent donc combien il importe de connaître la gravité que présentent les divers cas d'épistaxis, avant qu'il soit trop tard pour mettre en usage les moyens appropriés aux différentes indications.

Nous nous occuperons peu de l'épistaxis légère, qui se reproduit à des intervalles variables. Lorsque ces intervalles ne sont pas trop rapprochés, l'épistaxis, loin de présenter aucun inconvénient, a des avantages marqués; car elle dissipe ou prévient l'état de congestion qui constitue ce que l'on a appelé le *molimen hæmorrhagicum*. Lorsque les intervalles se raccourcissent notablement, on peut craindre de voir survenir, au bout d'un certain temps, un état d'anémie fâcheux, ou, ce qui est plus grave encore, une épistaxis très abondante; car, dans plusieurs des observations que nous avons sous les yeux, le nombre des épistaxis qui ont précédé celle qui a mis les jours des malades en danger était devenu plus considérable dans un temps donné. D'un autre côté, dans trois cas sur dix-neuf, le contraire a eu lieu, c'est-à-dire qu'une épistaxis très abondante et très grave a succédé à une suppression prolongée de l'hémorrhagie nasale habituelle. Ainsi deux états tout à fait différents peuvent avoir pour résultat le même accident.

L'épistaxis abondante et grave s'étant déclarée, est-il possible d'en déterminer la gravité? Peut-on, à une époque rapprochée de son début, prévoir le degré de difficulté qu'on aura à l'arrêter, et juger s'il y a ou non utilité à mettre au plus tôt un terme à l'écoulement du sang? Telles sont les questions qu'il s'agit d'examiner.

1° Suivant les auteurs, l'épistaxis active est plus facilement arrêtée que l'épistaxis passive. Cette proposition nous paraît un peu trop absolue. Il est possible qu'au début de l'hémorrhagie, lorsque le sang a encore une grande tendance à se coaguler, les efforts du médecin soient favorisés par cette circonstance. Lorsque

le sang a coulé abondamment, il devient séreux ; il coule comme de l'eau, pour me servir de l'expression des auteurs, et dès lors il n'y a plus de différence entre l'hémorrhagie active et l'hémorrhagie passive. C'est malheureusement alors que le médecin est presque toujours appelé, et qu'il doit porter son pronostic. Dans les observations que nous avons sous les yeux, les hémorrhagies ont été tout aussi rebelles aux moyens hémostatiques lorsqu'elles avaient été précédées de quelques signes de congestion chez des sujets pléthoriques, que lorsqu'elles n'avaient rien offert de semblable. Il ne faudrait même pas rester dans la sécurité, parce que l'épistaxis serait supplémentaire d'un écoulement habituel comme les menstrues, car des faits, et notamment celui qu'a rapporté M. le docteur Fricker de Horb (1), prouvent que même en pareil cas l'hémorrhagie, par son abondance et sa durée, peut devenir mortelle.

2° Toutefois on peut dire que l'épistaxis qui s'accompagne, à une époque rapprochée du début, d'une production de pétéchies à la surface du corps, est la plus redoutable de toutes. On en jugera par les observations rapportées dans l'ouvrage de Robert Latour (2). Toutes celles qui ont présenté le symptôme dont il s'agit sont remarquables par la gravité de l'hémorrhagie. Parmi les cas que nous avons rassemblés, le seul qui présentât des ecchymoses sous-cutanées s'est terminé par la mort. Cette espèce d'épistaxis est donc la plus grave, et doit inspirer les plus vives inquiétudes.

3° Certaines circonstances dans lesquelles se trouvent les malades rendent l'épistaxis plus grave. Ainsi M. Richelot (3) a rapporté un cas dans lequel l'état de grossesse de la malade a rendu l'hémorrhagie mortelle. Il en est de même de toute maladie grave concomitante.

4° Enfin l'épistaxis de longue durée entraîne l'anémie et parfois l'anasarque, comme dans un cas cité par M. de Castelnau (4). La durée considérable de cette hémorrhagie, surtout quand elle résulte d'une disposition héréditaire, ainsi que l'a fait remarquer M. Richelot (*loc. cit.*), rend donc le pronostic relativement plus fâcheux.

§ VII. — Traitement.

Dès la plus haute antiquité, les dangers de l'épistaxis ont été constatés. Hippocrate (5) parle d'une hémorrhagie nasale excessive qui produit quelquefois des convulsions, et regarde la saignée comme très efficace en pareil cas. Dans la suite, un grand nombre d'auteurs ont mentionné des cas très graves et même mortels, et de nombreux moyens ont été imaginés pour faire cesser une perte de sang aussi alarmante. Je vais les passer en revue.

1° *Évacuations sanguines.* — La *saignée* a été de tous temps employée. Rhazès, Avicenne, Fernel, Forestus, etc., etc., la recommandent particulièrement. Quelques-uns de ces auteurs ont avancé que la saignée pratiquée au bras du côté malade était la plus avantageuse ; mais aujourd'hui cette opinion est regardée comme

(1) *Medicinische corresp. Blatt des wurt. arzt. Ver.*, octobre 1844.
(2) *Hist. philos. et méd. des causes, etc., des hémorrhagies.* Orléans, 1815, 2 vol. in-8.
(3) *Union médicale*, t. I, avril 1847.
(4) *Archives gén. de méd.*, 4e série. Paris, 1844, t. V, p. 141.
(5) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré. Paris, 1846, t. V, p. 657.

une hypothèse sans valeur. La *saignée du pied* est fortement conseillée par Forestus (1), et quelques praticiens la considèrent comme plus utile que celle du bras. Enfin on a proposé la saignée locale à l'aide de *ventouses scarifiées ;* mais le lieu de l'application de ces ventouses n'est pas le même suivant les divers auteurs. Ainsi, Fernel (2) veut qu'on les applique à la région du foie ; Laz. Rivière sur les deux hypochondres, d'autres entre les deux épaules.

Quelle est la valeur de ces moyens ? Les auteurs qui les ont préconisés n'ont point cité de faits, et dans les observations d'épistaxis graves que nous avons sous les yeux, l'hémorrhagie n'a nullement été arrêtée par les émissions sanguines qui ont été pratiquées dans presque tous les cas. S'ensuit-il que ces émissions sanguines n'ont aucune utilité ? C'est ce que nous sommes loin de prétendre ; mais, malgré l'autorité d'Hippocrate, on peut douter que ce moyen réussisse, employé seul. Il peut être un adjuvant utile dans quelques cas, lorsque le pouls, malgré la perte de sang, reste plein et dur, lorsque la face est rouge et vultueuse ; en un mot, lorsque les signes attribués à l'hémorrhagie active persistent. En pareille circonstance, il faut ouvrir la veine et l'ouvrir largement, de manière à déterminer la syncope, s'il est possible. L'arrêt de la circulation qui a lieu alors peut suffire, d'après quelques auteurs, pour tarir l'écoulement sanguin ; et, dans tous les cas, il est favorable à l'action des autres moyens employés concurremment. M. Labat (3) a cité deux observations dans lesquelles ce traitement a été mis en usage avec beaucoup de hardiesse et de succès. Mais n'y a-t-il pas aussi à craindre une syncope mortelle ? C'est là un moyen auquel il ne faut recourir, ce me semble, que lorsque bon nombre de ceux qui vont être indiqués ont été employés infructueusement.

Le lieu dans lequel la saignée est pratiquée a-t-il quelque influence sur son efficacité ? Les faits sont muets à cet égard, les auteurs n'ont répondu que par de simples affirmations ; c'est donc un problème dont la solution doit être soumise à une nouvelle observation.

2° *Ventouses non scarifiées, ligature des membres.* — Un moyen qui vient naturellement après la saignée consiste dans l'emploi des *ventouses non scarifiées* et de la *ligature des membres*. Un grand nombre d'anciens auteurs ont préconisé les premières ; nous citerons entre autres Galien, Rhazès (4), Avicenne (5), Fernel, Rivière, etc., etc. Comme les ventouses scarifiées, on les appliquait le plus souvent entre les épaules ou aux hypochondres, et surtout à l'hypochondre droit. Une observation de M. le docteur Robbe, de Nogent-le-Rotrou (6), dépose en faveur de l'efficacité des ventouses sèches. Il s'agissait d'une épistaxis survenue chez une jeune fille de dix-huit ans, à menstruation irrégulière. L'hémorrhagie durait depuis douze heures ; les accidents étaient graves ; le visage et les lèvres étaient décolorés. Vingt-six ventouses furent appliquées à la fois, tant sur les seins (six) que sur les cuisses et les mollets. L'hémorrhagie fut arrêtée sur-le-champ.

La ligature des membres se fait au-dessus des genoux et des coudes, de manière

(1) Lib. XIII, *De nasi affectibus*.
(2) *Pathol.*, lib. V, chap. VII, *Hæmorrhagia narium*.
(3) *Ann. de la méd. physiol.*
(4) Tract. III, lib. IV, *De fluxu sanguinis narium*, 1509.
(5) *Can. med.*, lib. III, fen. 5, tract. 1, *Epistaxis*. Venetiis, 1595.
(6) *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1839, t. X, p. 323.

à soustraire une assez grande partie du corps à la circulation. Fernel (*loc. cit.*) nous dit qu'il n'use pas volontiers de la ligature ; mais pourquoi ? c'est ce qu'il ne nous apprend pas. Quant à Avicenne, il poussait plus loin que les autres l'application de ce moyen, car il voulait qu'on l'employât sur les testicules chez l'homme et sur les mamelles chez la femme, et il ajoute que la *constriction* des deux oreilles est le moyen extrême. Nous doutons fort qu'aucun médecin de nos jours soit tenté d'avoir recours à cette pratique d'Avicenne.

A propos des ventouses et de la ligature des membres, nous devons répéter ce que nous avons déjà dit [illegible] saignée. Il n'y a point de faits qui démontrent qu'employées seules contre l'épistaxis, elles aient suffi pour arrêter l'hémorrhagie ; mais il est permis de penser qu'elles ont un certain degré d'action. Il est inutile de dire que les *grandes ventouses* du docteur Junod, appliquées sur des membres entiers, auraient une action bien plus prononcée ; mais malheureusement ces appareils ne peuvent pas être entre les mains de la plupart des praticiens, et l'observation exacte n'a pas encore prononcé sur leur efficacité réelle.

3° *Froid.* — Concurremment avec les moyens précédents, ou pour mieux dire, avant tout autre moyen, on a de tout temps eu recours aux applications froides sur la surface du corps. Nous pourrions, à ce sujet, citer tous les auteurs qui ont écrit sur l'épistaxis. Un seul, parmi ceux qui ont une grande autorité dans la science, fait exception à cette règle : c'est Fréd. Hoffmann ; nous exposerons plus loin son traitement. Disons maintenant comment on fait agir le froid pour arrêter l'hémorrhagie nasale.

Le premier soin, c'est de dépouiller le malade de ses vêtements et de l'exposer presque nu dans un lieu frais et aéré. Ensuite on fait des applications d'un liquide froid, soit sur le point même d'où s'échappe le sang, soit dans d'autres points du corps. Fabrice de Hilden (*loc. cit.*) conseille de placer le corps tout entier dans un bain froid. Cette pratique n'est pas généralement suivie ; cependant cet auteur cite un cas (obs. 17) où le sang ne commença à s'arrêter qu'au moment même où l'on introduisit le malade dans le bain. Fernel (*loc. cit.*) se contentait d'envelopper le cou, la face et les tempes de linges imbibés d'oxycrat, qu'il avait soin de renouveler dès qu'ils s'étaient échauffés. La plupart des auteurs qui l'ont suivi ont agi de la même manière. Forestus et Sydenham (1) font de pareilles applications sur la nuque.

Fernel a encore signalé le *scrotum* comme un lieu où les applications froides ont une grande efficacité. M. Robert Kinglake (2) a, dans un cas très grave, appliqué le froid sur ce point avec un tel succès, que l'hémorrhagie, qui avait résisté à un grand nombre de moyens, fut arrêtée sur-le-champ et ne reparut plus. Cet auteur cite un cas semblable rapporté par Diemerbroeck, et [illegible] en trouve un troisième dans l'ouvrage de Robert [illegible], qui l'a emprunté à Daniel Winclerus. Au rapport de M. Kinglake, il se fit, au moment de l'application, un ébranlement de toute l'économie, qui fit cesser aussitôt l'écoulement du sang. Quoique les faits en faveur de ce moyen ne soient pas nombreux, ils sont assez remarquables pour engager les praticiens à y recourir avec empressement.

(1) *Opera omn.*, *Hæmorrhagia narium*, cap. VII, p. 177.
(2) *The London med. and phys. Journal* 1809, t. XXII, p. 327.

Les auteurs n'ont pas cherché quel serait, chez la femme, le lieu d'élection analogue à celui qu'ils ont choisi chez l'homme pour les applications froides. Si l'on considère qu'il s'agit de déterminer une sensation vive et subite, un ébranlement de l'économie, suivant les expressions de M. Kinglake, on sera porté à faire ces applications sur les mamelles, plus impressionnables que les autres parties du corps. Par les mêmes motifs, il paraît préférable d'employer le froid par applications subites, de courte durée, et séparées par des intervalles qui permettent à la peau de reprendre sa première température, que de maintenir, sans interruption, les liquides froids sur les parties; et, à ce point de vue, les *affusions froides* peuvent paraître très avantageuses. Toutefois ce n'est là qu'une indication probable que nous signalons, afin qu'elle soit jugée par l'expérience. Sydenham employait les lavements froids dans le même but que les applications froides à l'extérieur, et c'est un moyen qui mérite de fixer l'attention des praticiens. Enfin on a proposé des injections d'eau froide dans les narines (Rhazès); mais ce précepte a été très peu suivi.

M. le docteur Voillemier a réussi, dans un cas grave, à l'aide d'un moyen bien simple qui mérite d'être mentionné. Chez un enfant qui avait déjà perdu une énorme quantité de sang par le nez, et chez lequel on avait employé, sans le moindre succès, la plupart des agents les plus actifs, M. Voillemier imagina de couvrir le front d'une compresse sur laquelle il versa rapidement un flacon d'*éther*. Le refroidissement subit qui en résulta arrêta immédiatement l'hémorrhagie. C'est un moyen qu'il ne faut pas oublier.

Liquides employés dans les applications froides. — C'est principalement à l'aide de divers liquides qu'on a fait ces applications. Le plus généralement, on se sert d'eau froide, d'*eau de puits* récemment tirée. Rhazès recommande l'*eau de neige;* la *glace*, si l'on peut s'en procurer, remplit encore mieux l'indication; mais, au lieu de la laisser à demeure, comme on le fait ordinairement, il vaudrait peut-être mieux l'appliquer à plusieurs reprises, de manière à produire chaque fois une vive sensation de froid. Les anciens employaient de préférence l'*oxycrat;* mais, hors le cas où une injection d'oxycrat est pratiquée dans les narines, on ne voit pas quel avantage il y a à se servir de ce liquide, car, à la surface du corps, c'est uniquement le froid qu'on veut produire. Nous en dirons autant des autres liquides qu'on a substitués à l'eau simple. Toutefois nous devons faire connaître une espèce de médicament que les anciens appelaient *anacollema*, et qui consistait ordinairement dans un liquide composé qu'on appliquait sur le front à l'aide de compresses. Voici celle que propose Forestus (*loc. cit.*, obs. 12):

℞ Eau de rose.........	120 gram. (1)	Bol d'Arménie............ 4 gram.
Vinaigre rosat.......	45 gram.	

Imbiber un linge de ce liquide froid, l'appliquer sur le front, et le renouveler dès qu'il commence à s'échauffer.

Est-ce par le froid ou par la vertu hémostatique attribuée aux substances qui

(1) Pour la traduction des formules empruntées aux anciens et pour le caractère d'uniformité introduit dans la partie thérapeutique, nous avons été beaucoup aidés dans notre travail par le *Lexicon medicum*, de Blancardi; par la *Pharmacopée universelle*, de M. Jourdan (2e édit., Paris, 1840, 2 vol. in-8), et surtout par l'excellent *Dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique générale*, de MM. Mérat et Delens (Paris, 1829-1846, 7 vol. in-8).

entrent dans sa composition que ce liquide agit sur l'hémorrhagie? On sait que chez les anciens le bol d'Arménie passait pour un hémostatique puissant.

4° *Styptiques et astringents.*—Il est fort rare qu'avec les agents thérapeutiques déjà indiqués on ne fasse pas usage de substances dont l'application sur la muqueuse où siége l'hémorrhagie a pour but d'agir sur elle de manière à resserrer son tissu et à arrêter par là la perte du sang. Les *styptiques* sont du plus fréquent usage. L'*oxycrat* tient le premier rang; on peut l'employer sous forme d'injections, ou le faire aspirer fortement dans l'intérieur des fosses nasales. Il est composé ainsi :

℞ Vinaigre fort..........	1 partie	Eau commune...........	5 parties.

Pour donner plus d'efficacité aux injections, on devra employer le liquide très froid, et, s'il se peut, le frapper de glace. L'*eau de Rabel* et l'*eau styptique de Weber* peuvent remplacer avec avantage le vinaigre; mais il faut les employer à une dose moindre. Voici la composition de l'eau de Rabel :

Eau de Rabel.

℞ Acide sulfurique à 60°..	1 partie.	Alcool à 36°.............	3 parties.

Ajoutez peu à peu l'alcool à l'acide; laissez en repos pendant trois jours, et décantez dans un flacon à l'émeri.

Pour les injections :

℞ De ce liquide..........	2 parties.	Eau commune...............	6 parties.

Bourdonnets, tentes, etc., imbibés de liquides styptiques. — Les *styptiques* peuvent être portés sur la surface saignante à l'aide d'une petite tente, ainsi qu'on le pratiquait fréquemment autrefois. Fernel recommande le procédé suivant :

℞ Vitriol brûlé (sulfate de fer calciné)..............	2 gram.	Chalcite calciné...............	1 gram.
		Eau de plantain	8 gram.

En enduire une tente, et la porter dans les narines en comprimant l'aile du nez au point où le cartilage s'insère sur l'os.

C'est dans ce point que Fernel supposait que se trouve le siége de l'hémorrhagie, et il agissait ainsi afin d'ajouter la compression à l'action du médicament. On voit que ce procédé était un premier pas vers le tamponnement méthodique.

Rivière recommande un moyen qui paraît bien vulgaire au premier abord, mais qui cependant mérite d'être connu, parce qu'on a toujours sous la main la substance nécessaire, et que souvent le temps est précieux. Ce moyen consiste à imbiber d'*encre* une tente de coton à l'introduire dans la narine où on la laisse à demeure. Les propriétés styptiques de l'encre étant bien connues, on admettra facilement qu'elle peut être utile en pareil cas.

Sydenham employait de la même manière le *bol d'Arménie* et le *vitriol romain*, dissous dans l'eau commune ou l'eau de plantain.

M. Kerr (1), pour porter dans l'intérieur des fosses nasales les liquides astrin-

(1) *Cyclopædia of practical medicine*, art. EPISTAXIS.

gents, en imbibe un morceau de charpie qu'il pousse dans la cavité d'où s'échappe le sang; il exerce, dit-il, par là une bonne compression. Cet auteur recommande les *solutions d'alun*, de *sulfate de zinc*, la *teinture muriatée de fer*, et la *solution commune d'acétate de plomb*.

On a aussi porté les styptiques et les astringents en poudre dans les fosses nasales. Ainsi le *sulfate d'alumine*, le *sulfate de fer*, la *poudre de noix de galle* pulvérisés, ont été appliqués, soit à l'aide du doigt, soit avec une sonde préalablement enveloppée d'un linge humide, sur le point d'où l'on présumait que venait le sang. M. Kerr affirme que cette manière d'employer ces médicaments est inférieure à la précédente; mais il ne fournit pas de preuves.

Le *tabac en poudre*, aspiré en assez grande quantité, paraît avoir agi de la même manière dans quelques cas cités par Robert Latour; mais chez un jeune homme de dix-huit ans (obs. 917), qui avait une hémorrhagie nasale *active*, cette substance augmenta tellement l'écoulement du sang, que pendant assez longtemps la mort fut imminente. Le praticien devra donc être réservé dans son emploi.

Enfin un moyen extrêmement simple est recommandé par M. Meulewaeter (1) : ce moyen consiste à faire respirer aux malades du *lait doux*. Suivant l'auteur, les épistaxis rebelles s'arrêtent aussitôt. Nous citons ce moyen comme très facile à expérimenter.

Pour compléter le traitement, les médecins des siècles derniers faisaient prendre à l'intérieur quelques médicaments dans lesquels ils avaient beaucoup de confiance.

5° *Médication interne.* — Fernel, dont tant d'auteurs ont copié l'ouvrage, recommandait une solution de *sirop de grenade* ou de *nymphæa;* l'*eau de plantain*, de *laitue*, dans lesquelles on faisait dissoudre une certaine quantité de *bol d'Arménie*, de *trochisque de succin*, ou dans lesquelles on mettait en suspension de la *poudre de corail rouge*.

Fabrice de Hilden (*loc. cit.*, obs. 17) prescrivait un julep dont voici la formule :

Julep acidule de Fabrice de Hilden.

℞ Eau de buglosse..... / — d'oseille.....	ãã 60 gram.	Sirop de limon................ 30 gram.

M. Faites un julep, à prendre deux fois dans la journée.

Dans le cas où ce médecin administra ce julep acidule, l'hémorrhagie avait déjà été presque arrêtée par un bain froid, en sorte que l'efficacité du médicament interne est loin d'être démontrée.

De nos jours, les *boissons acides* sont celles que l'on prescrit ordinairement; on les donne aussi froides que possible.

Le traitement que nous venons d'exposer est destiné à combattre l'épistaxis offrant des signes d'*activité*, et assez abondante pour compromettre la vie du malade. Nous devons ajouter que, quels qu'aient été au début ces signes d'activité, si le médecin est appelé à une époque où la perte de sang a déjà été très considérable, et où l'écoulement commence à devenir presque séreux, il devra s'abstenir de la saignée, soit générale, soit locale, et insister particulièrement sur les moyens

(1) *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, et *Bulletin gén. de thérap.*, août 1848.

d'une application directe, tels que les injections styptiques et l'introduction de substances astringentes dans les narines.

Lorsque l'hémorrhagie ne présente pas ces signes d'activité, lorsqu'il y a pour ainsi dire une diathèse hémorrhagique, ou bien lorsque, dès le début, le sang très liquide se montre déjà considérablement appauvri, on doit également supprimer la saignée et agir comme dans le cas dont je viens de parler. Du reste, tous les autres moyens déjà indiqués sont applicables à cette espèce d'hémorrhagie, et avant le tamponnement méthodique, on n'en connaissait guère d'autres ; car ceux dont nous avons encore à parler, ou sont de la même nature, ou ont peu d'importance.

En voici un qui est indiqué par l'auteur (1) : *Remède infaillible pour arrêter les hémorrhagies nasales.*

Recette de Tjalingii.

℞ Acétate de plomb cristallisé. 30 gram.	Sulfate de fer............. 15 gram.

Pulvérisez ces deux sels ensemble dans un mortier de verre, et ajoutez :

Alcool.................................. 250 gram.

A prendre à la dose suivante :

Pour les enf. de 10 à 12 ans. 10 à 12 gouttes.	A un âge plus avancé...... 20 gouttes.
A 20 ans............... 14 à 15 gouttes.	

Dans une cuillerée de vin ou d'eau-de-vie. Renouvelez cette dose trois ou quatre fois par jour.

Cette recette avait depuis plus de deux cents ans une très grande vogue dans le pays des Frisons, lorsque M. Tjalingii, apothicaire à Amsterdam, la fit connaître. Il assure qu'entre ses mains elle a eu le plus grand succès dans les cas les plus rebelles ; mais on sent de combien de preuves aurait besoin un pareille assertion.

M. le docteur Agnew, de Philadelphie (2), a vu dans un cas une hémorrhagie nasale des plus rebelles, et qui déjà avait beaucoup affaibli le malade, s'arrêter après l'ingestion de 0,30 grammes d'acétate de plomb uni à quelques gouttes d'acide, et donné par petites doses. Une seconde dose de 25 centigrammes, qui devait être prise deux heures et demie après, n'était pas finie, que l'hémorrhagie cessa pour ne plus se reproduire.

Rivière et Robert Latour (*loc. cit.*) ont cité des cas, d'après Rusticus et Paschet, dans lesquels l'épistaxis aurait été arrêtée par une simple *instillation d'oxycrat dans l'oreille.*

Quelques auteurs, et entre autres Fernel et Rivière, ont aussi recommandé des cataplasmes astringents, auxquels ils accordaient une grande efficacité. Il suffira d'indiquer celui que prescrivait Rivière.

Cataplasme astringent de Rivière.

℞ Sulfate de chaux natif....... Q. s.	Vinaigre.................. Q. s.

Faites-en un cataplasme de deux travers de doigt d'épaisseur, que vous appliquerez sur le front et les tempes ; et, si cette première application ne suffit pas, renouvelez-la.

(1) Tjalingii, *The London med. and phys. Journ.*, 1806, vol. XVI, p. 191.
(2) *Philadelphia med. Examiner*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 30 septembre 1852.

M. le docteur Porta (1) a cité deux cas destinés à démontrer que l'administration du *tannin* est très utile dans le traitement de l'épistaxis. Il serait nécessaire, avant de se prononcer, d'avoir un plus grand nombre de faits. Dans tous les cas, le tannin n'agit pas autrement dans l'épistaxis que dans les autres hémorrhagies.

Tel est l'ensemble des moyens mis en usage avant qu'on eût imaginé le tamponnement méthodique ; et, sauf quelques modifications d'une importance secondaire, on peut dire qu'il y avait un commun accord sur l'utilité de ce traitement. Toutefois le célèbre Fréd. Hoffmann avait une pratique bien différente, que nous indiquerons plus loin.

6° *Narcotiques.* — Nous ajoutons que les *narcotiques*, et en particulier l'opium, jouissaient d'un grand crédit dans les derniers siècles. Voici ce que Rivière dit à cet égard :

Si l'affection est extrêmement rebelle, et si elle ne cède pas aux autres remèdes, il faut recourir aux narcotiques, parmi lesquels le *laudanum* (2) tient le premier rang. Ainsi on prescrira :

Laudanum (extrait aqueux d'opium)............ de 10 à 20 centigr.

ou bien :

Sirop de pavot.................................. 30 gram.

Dans un julep astringent.

Quoiqu'il n'y ait point de faits suffisants en faveur de ce traitement, nous avons cru devoir l'indiquer, afin qu'il pût être expérimenté.

MOYENS MÉCANIQUES.

Lorsque l'action des médicaments précédents ne suffit pas pour modifier l'état du tissu muqueux, de manière à empêcher qu'il livre au sang un passage facile, on cherche à opposer à l'écoulement un obstacle purement physique.

1° *Insufflation de poudres absorbantes.* — On peut, sans trop forcer l'analogie, regarder comme un moyen de ce genre celui qui consiste à introduire dans les narines des poudres inertes, absorbantes, destinées à former à la surface de la muqueuse une couche imperméable au sang. Depuis Avicenne (*loc. cit.*), qui a donné à ces poudres le nom de *glutinatives*, jusqu'à nos jours, on en a fait un assez fréquent usage. Cet auteur se servait de *poudre d'encens*, à l'aide de laquelle il faisait des insufflations dans la narine. Dans un cas fort grave, le docteur Brunner (3) employa de la même manière, et avec le plus grand succès, la *gomme arabique pulvérisée.* L'hémorrhagie, qui avait lieu chez un jeune homme de dix-neuf ans, durait depuis deux jours, et elle était si abondante, que plusieurs fois le

(1) *Ann. univ. di medicina*, mars 1848.

(2) Entendez par ce mot l'extrait d'opium, et non le vin d'opium, qui n'était pas encore en usage.

(3) *London medical Repository*, 1827, t. IV, p. 457, extrait du *Journal de Hufeland.*

malade était tombé en faiblesse. Elle s'arrêta aussitôt qu'on eut pratiqué les insufflations à l'aide d'un tuyau de plume. La *noix de galle*, le *cachou*, les *diverses résines pulvérisées*, peuvent, outre l'action qui leur est propre, remplir la même indication.

2° *Compression directe.* — Ce n'est point à Valsalva qu'il faut, ainsi qu'on le fait ordinairement, rapporter l'honneur d'avoir le premier cherché à arrêter l'hémorrhagie, en comprimant directement le point où les vaisseaux viennent verser le sang à la surface des muqueuses. Fernel avait déjà recommandé, comme on l'a vu dans le passage cité plus haut, de comprimer avec le doigt le point de réunion du cartilage et de l'os sur la paroi externe des fosses nasales, et il agissait ainsi afin de faire adhérer son onguent sur l'ouverture du vaisseau qu'il importait de boucher. Valsalva employa uniquement la compression avec le doigt, et réussit ainsi à faire cesser une épistaxis rebelle (1). Toutes les fois qu'on peut reconnaître le point d'où vient le sang et l'atteindre facilement, on peut employer ce moyen ; mais dans les grandes hémorrhagies, dans celles qu'il importe réellement d'arrêter, on ne doit guère espérer de trouver les choses dans une aussi heureuse disposition. Alors, en effet, toute la membrane paraît être le siége de l'épistaxis, et l'on en a quelquefois la preuve dans l'insuffisance du tamponnement de la partie antérieure des cavités nasales. On sera donc presque toujours forcé de recourir au tamponnement méthodique.

3° *Compression de la carotide primitive.* — Dans plusieurs cas, et notamment dans ceux qui ont été rapportés par M. le docteur Gibon (2), lorsque les moyens les plus efficaces ont échoué, on a réussi à arrêter des épistaxis abondantes en comprimant l'artère carotide primitive. On trouve une observation du même genre dans la *Gazette des hôpitaux* (janvier 1846). Ce moyen est donc très utile. Les faits rapportés par M. Gibon prouvent que lorsque le sang ne s'écoule que par une narine, ce qui est le cas le plus commun, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il suffit de comprimer la carotide de ce côté.

4° *Élévation des bras*, moyen conseillé par M. Négrier (d'Angers). Un moyen bien plus simple encore est celui qu'a imaginé M. le docteur Négrier, et qui consiste à tenir les bras, ou seulement le bras du côté par lequel se fait l'hémorrhagie, élevé au-dessus de la tête du malade. En même temps on comprime la narine d'où vient le sang ; mais des faits cités par M. Négrier prouvent que cette compression n'est pas absolument nécessaire. Au moment où M. Négrier écrivait (3), il employait ce moyen depuis trois ans, et jamais il ne l'avait vu échouer.

5° *Tamponnement.* — L'introduction d'une mèche, d'une tente, imbibées ou enduites de médicaments styptiques, était sans doute une espèce de tamponnement : mais c'était bien moins de l'action mécanique de ces corps étrangers introduits dans les narines que de l'impression produite sur la muqueuse par les substances médicamenteuses, qu'on attendait la suspension de l'hémorrhagie. Aussi ne trouvons-nous dans les anciens auteurs aucun précepte positif sur l'introduction de ces mèches ; ils ne parlent pas de la grosseur qu'elles doivent avoir, de leur lon-

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. XIV, § 24.
(2) *Gazette med. chir.*, juin 1846.
(3) *Note sur un moyen très simple d'arrêter les hémorrhagies nasales* (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1842, t. XIV, p. 168).

gueur, etc., tandis que la composition des médicaments attire toute leur attention. Mais lorsque ce fut dans la seule compression exercée par le corps étranger qu'on chercha le moyen d'arrêter le sang, on dut donner la plus grande importance à ces détails négligés par les anciens. Voyons donc quels sont les procédés le plus généralement adoptés.

A. *Tamponnement antérieur.* — Il a été employé par plusieurs chirurgiens, et notamment par Pelletan (1) et Abernethy (2). Ces deux procédés diffèrent assez notablement l'un de l'autre : nous les décrirons tous les deux, en commençant par celui du chirurgien français.

Description du tamponnement antérieur. Procédé de Pelletan. — Roulez de la charpie en forme de bourdonnet solide, d'un volume proportionné à l'embouchure de la narine, et attaché à un fil assez long. Ce bourdonnet, saisi avec des pinces à anneaux, ou placé à l'extrémité d'un porte-mèche, est porté horizontalement le long du plancher inférieur du nez jusqu'à la partie la plus postérieure. Lorsqu'il est arrivé là, lâchez-le et retirez la pince. Introduisez ainsi successivement plusieurs bourdonnets dans la même direction, et remplissez la cavité nasale. Vous en feriez autant du côté opposé, si le sang sortait des deux côtés. Retirez ensuite à vous le fil qui a lié le premier bourdonnet, en appuyant sur la dernière charpie, comme pour entasser le tout dans la cavité du nez.

Il n'y a pas, selon Pelletan, d'hémorrhagie nasale que ce tamponnement n'arrête, quand il est fait avec intelligence, c'est-à-dire quand les bourdonnets sont introduits dans une direction qui leur permet d'arriver au fond de la cavité. Cependant, dit-il, le sang peut se porter en arrière et continuer à couler d'une manière inquiétante, ou tomber dans le canal de la respiration. Pour ce cas particulier, ce chirurgien propose le tamponnement antéro-postérieur avec la sonde de Belloc ; il termine en disant : « Le tamponnement par la partie antérieure remplit parfaitement l'indication, quand il est fait avec intelligence, et ce procédé n'incommode pas le malade autant que l'usage de la sonde.... »

Procédé d'Abernethy. — Prenez un cylindre de charpie suffisant pour remplir la fosse nasale ; enveloppez-en une sonde, de manière qu'il soit assez long pour occuper toute la cavité depuis l'ouverture antérieure jusqu'à l'ouverture postérieure. Mouillez-le, arrondissez-le, en lui donnant la forme d'une grosse bougie, jusqu'à ce qu'il soit dur. Introduisez-le ensuite par l'ouverture antérieure, en lui faisant suivre le plancher des fosses nasales, jusqu'à ce que vous soyez sûr qu'il a atteint l'orifice postérieur. Retirez la sonde, en maintenant le tampon en place.

Abernethy affirme qu'il n'a jamais vu l'hémorrhagie continuer après cette opération, et il cite un cas où elle a eu un plein succès.

L'extrême simplicité de ce procédé, jointe à l'efficacité que lui attribue cet auteur, est une puissante recommandation en sa faveur. C'est maintenant à l'observation à nous apprendre s'il est préférable ou inférieur aux suivants.

M. le docteur Calvy (de Toulon) a conseillé de remplacer la charpie par l'*éponge*

(1) *Clinique chirurgicale*, 1810, t. II, p. 276.

(2) *Lectures on operative surgery, delivered at Saint.-Barthol. hospit.* (*Lancet*, t. XII, 1826 et 1827).

préparée, et M. Morand (de Tours) (1) emploie avec le plus grand succès une substance qu'on trouve très facilement : c'est l'*amadou*. La manière dont procède M. Morand lui a été utile, surtout chez les enfants.

Procédé de M. Morand (de Tours). — On prépare le tampon que M. Morand appelle hémostatique, en roulant un morceau d'amadou de manière à lui donner la forme d'un cône allongé, dont le volume doit être en rapport avec la cavité nasale qu'il doit occuper ; on maintient cet amadou en forme de cône, en l'entourant d'un fil dont les tours doivent être assez lâches, et placés à une assez grande distance les uns des autres, pour ne pas empêcher le gonflement de l'agaric. Cela fait, on le graisse avec du beurre ou du suif, et on l'introduit dans la narine par son extrémité conique. On pousse alors en tournant sans trop presser, et l'on fait pénétrer le tampon aussi avant que possible, de manière à occuper toute la capacité de la fosse nasale. On le retient en place au moyen d'une bandelette de taffetas d'Angleterre ou de sparadrap, qui, passant sur la narine, vient se fixer sur les côtés du nez.

Au bout de quelques instants, l'amadou, s'imprégnant de sang et de mucosités, se gonfle et pénètre jusque dans les anfractuosités des fosses nasales. Il agit dès lors comme moyen compressif sur les orifices des vaisseaux capillaires, détermine le gonflement de la membrane muqueuse, le resserrement des tissus, et, par suite, la cessation sans retour de l'hémorrhagie.

Mérat (2) a eu recours, dans un cas très alarmant, à un tamponnement bien plus simple encore, puisqu'il ne consiste que dans *l'introduction par la narine, et à l'aide d'une petite sonde, de petites boules de charpie du volume d'une noisette*, sans aucun fil ni aucune préparation. Il faut pousser ces petits bourdonnets aussi loin que possible. Dans le cas rapporté par Mérat, il n'en fallut que cinq ou six pour arrêter une hémorrhagie qui avait presque complétement épuisé la malade. Ce moyen si simple réussirait-il dans tous les cas ?

B. *Tamponnement antéro-postérieur.* — La conformation des fosses nasales s'opposant à ce que le tampon introduit par la narine antérieure s'applique exactement à leurs parois, on a dû craindre que la compression ne fût inefficace et chercher un autre moyen d'empêcher l'exhalation incessante du sang. On l'a trouvé dans le tamponnement antéro-postérieur, qui se pratique de la manière suivante.

Description du tamponnement antéro-postérieur. — Les objets nécessaires pour cette opération sont :

1° La sonde de Belloc, composée d'une canule d'argent recourbée, et munie d'un mandrin terminé par un ressort de montre dont l'extrémité, en forme de bouton, est percée d'un chas. A défaut de cette sonde, on peut prendre une baleine mince et flexible, à l'extrémité de laquelle on pratique une entaille circulaire, ou bien encore une corde à boyau, un fil de plomb ou d'argent, une sonde de gomme élastique, en un mot une tige quelconque assez longue et assez flexible pour être portée par les fosses nasales jusque dans le pharynx, et ramenée ensuite hors de la bouche.

2° Un bourdonnet de charpie assez gros pour fermer exactement l'ouverture

(1) *Recueil des travaux de la Société d'Indre-et-Loire*, 1843, et *Mém. et observ. cliniques*, par M. Morand. Tours, 1844.

(2) *Nouveau procédé de tamponnement, etc.* (*Union médicale*, 4 septembre 1849).

postérieure de la fosse nasale, et embrassé dans le milieu par un double fil ciré dont le cercle porte un long fil simple.

3° D'autres bourdonnets moins gros, ou tout simplement de la charpie brute.

Ces objets étant placés à votre portée, faites asseoir le malade en face de vous et devant une fenêtre, de manière qu'il soit éclairé par un jour vif, sa tête étant maintenue contre la poitrine d'un aide. Glissez dans la narine, avec la main droite, la sonde de Belloc ou la tige que vous aurez à votre disposition, et portez-la dans le pharynx ; là l'extrémité de l'instrument est reçue par l'index de la main gauche, et attirée hors de la bouche d'arrière en avant. Si l'on fait usage de la sonde de Belloc, un aide appuie sur le mandrin au moment où l'extrémité de la canule arrive dans le pharynx, et le ressort vient se montrer au-devant du voile du palais, en passant sous son bord inférieur. L'extrémité de l'instrument étant ainsi attirée hors de la bouche, on y attache fortement le double fil qui porte le bourdonnet, et retirant la canule ou la tige, on entraîne ce tampon, d'abord d'avant en arrière, dans le pharynx ; puis, d'arrière en avant, dans l'ouverture postérieure de la fosse nasale. Il faut employer une force assez considérable pour engager le corps obturateur de manière qu'il oppose un obstacle insurmontable à l'écoulement du sang. Les deux chefs du double fil sortant par la narine sont alors écartés, et l'on fait glisser entre eux, jusqu'à l'ouverture antérieure de la fosse nasale, soit les bourdonnets, soit la charpie brute qu'on avait préparés ; on en remplit exactement toute cette ouverture, et on les fixe en liant sur eux avec force les deux fils, qu'on maintient relevés, collés sur la joue ou fixés au bonnet du malade, ainsi que le fil simple qui sort par la bouche, et qui est destiné à faciliter l'enlèvement des tampons.

Par ce procédé, la fosse nasale est hermétiquement fermée à ses deux ouvertures, sa cavité restant libre, et voici ce qui arrive : le sang, continuant à suinter de la surface libre, remplit cette cavité, se coagule et empêche ainsi un nouvel écoulement. C'est donc ce liquide, ce produit de l'hémorrhagie qui, en réalité, est le tampon, le compresseur qui s'oppose à l'effort hémorrhagique.

On peut manquer d'une tige pour porter les fils dans l'arrière-bouche, et éprouver quelque difficulté à s'en procurer promptement une convenable ; il est bon, par conséquent, de faire connaître la manière dont M. Jacquelin (1), chirurgien de l'hospice civil de Montereau, a procédé en pareille circonstance.

Modification apportée par M. Jacquelin au tamponnement antéro-postérieur. — Prenez un fil retors long de dix-huit pouces ; roulez une de ses extrémités et formez-en une boule de la grosseur d'un grain de chènevis ; enduisez-le de cire. Introduisez le fil ainsi préparé dans la narine, après avoir préalablement nettoyé cette cavité des caillots et du sang liquide qu'elle contient. Ce bout de fil étant porté aussi loin que possible dans la fosse nasale, ordonnez au malade de faire de fortes inspirations par le nez, en lui recommandant de vous prévenir dès que le fil tombera dans la gorge. Dès que vous en serez prévenu, allez chercher avec des pinces le fil dans le pharynx, en l'attirant hors de la bouche, et agissez comme dans le procédé ordinaire.

M. Jacquelin a eu deux fois recours à ce moyen avec succès.

La science possède un assez grand nombre de cas dans lesquels le tamponnement

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1831, t. II, p. 141.

antéro-postérieur réussit, lorsque le tamponnement antérieur et presque tous les autres moyens avaient déjà échoué. Robert Latour (*loc. cit.*, obs. 612) en cite un dans lequel l'extrême fluidité du sang, la formation de nombreuses pétéchies et l'inutilité des moyens les plus actifs, prouvaient la gravité de la maladie; ce tamponnement seul réussit. Dans les cas où les observateurs nous disent que cette opération a été pratiquée sans succès, il n'est nullement prouvé qu'elle ait été faite suivant les préceptes précédents, et surtout qu'elle ait été bien faite.

C'est principalement quand le sang est fluide et quand les symptômes indiqués plus haut annoncent une grande tendance à l'hémorrhagie, qu'il faut redoubler de précaution pour s'assurer que le tamponnement est bien fait. Si l'on voit la charpie se pénétrer promptement de sang et quelques gouttes de ce liquide se répandre en bavant, c'est que l'une des deux ouvertures est mal fermée, soit que les bourdonnets n'aient pas assez de volume, soit qu'ils n'aient pas été assez fortement engagés, soit qu'on ne les ait pas assez serrés; il faut se hâter alors d'enlever cet appareil, et de le replacer plus méthodiquement.

Les tampons doivent être maintenus pendant deux ou trois jours; le médecin peut seul juger de l'époque précise où l'on peut les enlever. Pour cela, on coupe les fils qui maintiennent le tampon antérieur qu'on retire avec des pinces, et, à l'aide du fil laissé dans la bouche, on retire par là le tampon postérieur; puis, avec de l'eau tiède pure ou légèrement acidulée, on débarrasse la fosse nasale des caillots dont elle est obstruée. Les émollients suffisent pour faire disparaître l'inflammation légère dont cette cavité est le siége.

Ce tamponnement occasionne peu de douleur; mais un sentiment de gêne, d'obstruction et de pesanteur ne tarde pas à se produire dans la fosse nasale, les sinus maxillaires et les sinus frontaux. Il ne faut pas, pour cela, supprimer le tamponnement. Blandin (1) rapporte que, chez un sujet, il vit le sang se répandre sur la conjonctive, après avoir remonté par le canal nasal jusqu'aux conduits lacrymaux, *ce qui n'empêcha pas le tamponnement de produire l'effet désiré*. Le docteur W. Wansborough (2) a observé le même phénomène.

Une autre espèce de tamponnement a été proposée dans ces derniers temps par M. Miquel (d'Amboise) (3); ce procédé très ingénieux, et qui a réussi plusieurs fois, mérite d'être connu.

Description du tamponnement employé avec succès par M. Miquel (d'Amboise). — Prenez un morceau d'intestin grêle de cochon ou autre, de grosseur moyenne, long de 15 à 18 pouces; liez fortement l'une de ses extrémités; coupez tout ce qui excède la ligature, puis poussez une sonde de gomme élastique ou une algalie de femme dans sa cavité. Quand elle touche au cul-de-sac, servez-vous-en pour introduire le boyau dans la narine d'où vient le sang. Dès que vous l'avez enfoncé assez avant pour toucher la partie postérieure du pharynx, poussez-y de l'air; l'intestin, que le sang et les mucosités ont rendu très glissant, se gonfle et plonge dans le pharynx; le malade fait involontairement un effort d'expuition, et la portion expulsée sort malgré lui par la bouche, car elle glisse de ce côté avec une prodigieuse facilité. Alors faites retenir l'extrémité libre, près de la narine, par le malade

(1) *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, 1831, t. VII, art. ÉPISTAXIS.
(2) *The London med. Reposit.*, 1818, t. X, p. 380.
(3) *Lancette française*, 1834.

ou un aide, puis placez une autre ligature à un pouce de la première, qui est à l'extrémité, ayant soin de ne comprendre dans cet espace que la quantité d'air suffisante pour former un globe un peu plus gros que celui du pouce.

Ceci fait, retirez l'intestin de façon à lui faire suivre une marche inverse à la première, ce qui s'opère sans que le malade le sente d'abord; seulement, quand la portion comprise entre les deux fils vient à se heurter contre la luette, vous éprouvez un peu de résistance. Si vous avez eu soin de ne pas lui donner une grosseur trop démesurée, elle a bientôt franchi l'isthme du gosier par une simple traction et sans l'aide du doigt, et elle vient boucher complétement l'ouverture postérieure de la fosse nasale. Tirez alors assez fortement pour l'y engager suffisamment, puis insufflez une nouvelle quantité d'air dans l'intestin; refoulez-le le plus fortement possible vers le nez, et mettez une troisième ligature à deux tiers de pouce de cet organe. Vous pouvez, si vous le jugez convenable, lier ensemble les fils des deux extrémités.

On peut rapprocher de ce procédé celui de M. Martin Saint-Ange (1), qui a avec lui de nombreuses analogies, et qui n'est pas moins ingénieux.

Description du tamponnement proposé par M. Martin Saint-Ange. — Ayez une sonde droite, d'argent, longue de 4 pouces environ, évasée en cône à l'une de ses extrémités, terminée à l'autre par un petit mamelon perforé. Le pavillon ou cône supporte deux œillets placés sur le même plan que le robinet qui se trouve 5 lignes au-dessous. Plus loin, et vers son extrémité, l'instrument présente, dans l'étendue d'environ un pouce, des rainures circulaires. Enfin un curseur, muni d'une languette dirigée dans le sens opposé au pavillon et divergeant légèrement de l'axe de la sonde, peut, à l'aide d'une vis de pression, trouver un point fixe sur toute l'étendue de la sonde. Adaptez sur l'extrémité striée une petite vessie de lapin, de cochon d'Inde ou de jeune chat, et mieux encore le cæcum du mouton, qu'on peut se procurer facilement dans le commerce. [On remplace aujourd'hui les petites vessies naturelles dont il vient d'être parlé, par des vessies artificielles de baudruche ou de caoutchouc vulcanisé.] Ramollissez le cæcum en le trempant dans l'eau, et fixez-le par une ligature fortement serrée sur les cannelures de l'instrument. Pour plus de précaution, assujettissez la portion du cæcum qui se trouve comprise dans la ligature par un fil qui la traverse, et qui va s'attacher sur l'un des œillets du pavillon. Les choses ainsi disposées, mouillez suffisamment la vessie; pliez-la sur l'instrument, ou bien coiffez-en pour ainsi dire la sonde, et introduisez-la dans la narine, en lui faisant suivre la direction du plancher des fosses nasales. Arrivé à l'extrémité postérieure de ces cavités, injectez, à l'aide d'une petite seringue, de l'air ou de l'eau froide dans la vessie; celle-ci se dilate aussitôt; lorsqu'elle est suffisamment remplie, fermez le robinet. La vessie, ainsi gonflée, forme une poche ou tampon élastique, qui, cédant sur tous les points aux tractions faites sur elle au moyen de la sonde, se moule exactement sur l'ouverture postérieure de la fosse nasale. Cette première indication remplie, introduisez un peu de charpie ou un morceau de linge dans la narine; faites avancer jusque-là le curseur, que vous y fixez par un tour de vis. De cette manière, les deux ouvertures nasales, du même côté, se trouvent parfaitement bouchées. Lorsque vous voulez retirer l'instrument,

(1) Lapeyroux, *Thèse*. Paris, 1836, n° 314.

il vous suffit d'ouvrir le robinet et de laisser vider la vessie; vous pouvez même graduer la sortie du liquide, et, par un gonflement modéré de la vessie, entraîner au dehors les caillots de sang contenus dans les fosses nasales.

M. Velpeau (1) s'exprime ainsi sur la valeur de ce procédé : « Cet instrument, dont Bell et M. Miquel (d'Amboise) avaient dit un mot, a déjà réussi sur les malades entre les mains de M. Martin-Solon et de l'inventeur. »

Nous ferons observer que cet appareil a l'inconvénient d'augmenter l'arsenal déjà si exubérant du chirurgien, et que le tamponnement ordinaire pouvant être fait avec une simple tige flexible, ou même un fil ciré, acquiert par là un grand avantage sous deux rapports : 1° il n'oblige pas le praticien à s'embarrasser d'un instrument de plus; 2° il peut être appliqué sur-le-champ, ce qui est indispensable dans les hémorrhagies très violentes.

Reveillé-Parise (2), plus frappé des inconvénients que des avantages du tamponnement, et surtout de la difficulté de le pratiquer, quel que soit le procédé qu'on suive, propose trois moyens qu'il a toujours employés avec un succès constant.

Le premier est l'emploi de *bourdonnets de charpie fortement imbibés d'alcool.* On fait moucher le malade, on passe rapidement un bourdonnet sec dans la narine, puis on introduit aussitôt les bourdonnets alcoolisés. Le second moyen est un *mélange formé à parties égales d'alun et de gomme arabique en poudre.* On insuffle fortement ce mélange dans la narine, siége de l'hémorrhagie, puis on introduit des bourdonnets roulés dans cette même poudre, ayant soin de n'enlever ceux-ci que quand la narine est assez humide pour qu'ils se détachent facilement. On peut à la rigueur recourir à l'eau tiède; mais il faut être sûr alors que l'hémorrhagie est arrêtée complétement.

Enfin le troisième moyen, le plus simple, consiste dans l'*emploi du coton cardé.* Reveillé-Parise cite trois cas d'hémorrhagie opiniâtre qui ont cédé rapidement à ce moyen. Il suffit de nettoyer la narine malade autant que possible du sang qui peut y être épanché, de choisir ensuite un coton bien pur, blanc, puis en former des bourdonnets en nombre suffisant pour bien remplir les narines, bourdonnets qui ne seront ni trop pressés, ni trop mous, car dans le premier cas le sang ne pourrait pénétrer dans les interstices de cette substance, et dans le second il les traverserait avec trop de facilité et l'hémorrhagie pourrait continuer.

Nous dirons un mot des divers *moyens adjuvants* qu'il faut mettre en usage dans tous les cas sans exception, quel que soit, de tous les traitements décrits plus haut, celui que l'on emploie. Nous ferons ensuite connaître certaines médications qui ont quelques caractères de spécificité.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS D'ÉPISTAXIS ABONDANTE ET GRAVE.

1° Débarrasser le malade de tous les vêtements qui peuvent gêner la circulation du tronc et surtout du cou.

2° Le placer sur un lit dur et frais, ou, selon Fernel, sur une couche de paille.

(1) *Médecine opératoire*, 2e édition. Paris, 1839, t. III, p. 586.
(2) *Bull. gén. de thérap.*, 15 avril 1852.

Donner à son corps une inclinaison telle que la tête soit notablement plus élevée que les pieds.

3° Entretenir un courant d'air frais dans l'appartement.

4° Épargner au malade tout effort, tout mouvement un peu considérable. Ainsi favoriser la défécation par des lavements émollients; le faire boire au biberon ou à la cuiller; ne point le changer de place sans nécessité absolue, etc.

5° Éloigner toute cause d'émotion morale.

6° Soumettre le malade à la diète pendant l'hémorrhagie, et à un régime sévère quelques jours après, dans les cas où l'on aurait observé des signes d'activité. Plus tard rétablir les forces par les *analeptiques*.

En général, de tous ces moyens adjuvants, il n'en est aucun auquel on doive brusquement renoncer.

Résumé, ordonnances. — Résumons en quelques ordonnances les divers traitements mis en usage autrefois, et qu'on emploie encore aujourd'hui en grande partie, lorsque l'hémorrhagie ne paraît pas assez violente pour exiger le tamponnement.

1re Ordonnance.

TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS ACTIVE ASSEZ ABONDANTE POUR COMPROMETTRE LA SANTÉ OU MÊME LA VIE.

1° Pour boisson :

℞ Acide sulfurique à 56 degrés. 5 gram. | Eau .... 1800 gram.

A boire par verrées, en ajoutant à chaque verre :

Sirop de gomme.................................. 30 gram.

Il faut avoir grand soin d'agiter le mélange, car l'acide gagnerait les parties inférieures, et les dernières doses pourraient être trop fortes.

2° Appliquer des compresses trempées dans l'eau froide, sur le front, les tempes, la nuque, et mieux encore sur les testicules chez l'homme, et sur les mamelles chez la femme. Renouveler souvent ces applications, de manière à produire des impressions brusques et saisissantes.

3° Une saignée de deux ou trois palettes, suivant la force du malade. (Il faut le saigner assis et ouvrir largement la veine, afin de déterminer la syncope. Il vaut mieux revenir plusieurs fois à la saignée, que de tirer une trop grande quantité de sang à la fois.)

4° Concurremment avec la saignée, ou pour la remplacer, six ou huit ventouses scarifiées aux hypochondres ou entre les épaules.

5° Faire aspirer fortement ou injecter dans les narines de l'*oxycrat* (voy. page 262).

On peut aussi faire usage des injections avec l'eau de Rabel (voy. page 263).

6° Dans les cas où ces moyens seraient insuffisants, introduire dans les narines une tente de toile ou de coton roulé, trempée dans un mélange styptique (voyez celui de Fernel, page 263). Fabrice de Hilden employait ce moyen de la manière suivante :

℞ Farine d'orge	90 gram.	
Sang-dragon	} àâ 4 gram.	
Bol d'Arménie		
Terre sigillée		
Safran de Mars (oxyde rouge de fer)	} àâ 4 gram.	
Écorce de grenade		
Sucre épaissi de prunes sauvages dissous dans du vinaigre	30 gram.	

Ajoutez quantité suffisante de blanc d'œuf et d'eau pour donner au mélange une consistance sirupeuse; enduisez-en fortement un tampon allongé, et introduisez-le dans la narine.

7° Faire prendre toutes les boissons froides, et entretenir la plus basse température possible dans l'appartement.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS A PEU PRÈS SEMBLABLE AU PRÉCÉDENT.

1° Prendre par cuillerées, d'heure en heure, le *julep antihémorrhagique* suivant :

℞ Acide sulfurique	10 gram.
Mucilage de gomme arabique	200 gram.
Sirop de guimauve	100 gram.

Mêlez.

2° Placer le malade dans une baignoire, et lui projeter à plusieurs reprises de l'eau froide sur le corps, ou bien le plonger dans un bain froid.

3° Huit ventouses sèches entre les épaules et autant sur les hypochondres (Fernel, Rivière, etc.); ou bien ligature des quatre membres au-dessus des coudes et des genoux.

4° Un ou deux lavements froids dans la journée (Sydenham).

5° Faire dans les narines des injections avec :

℞ Acide sulfurique	10 gram.
Vinaigre distillé	500 gram.

Ces injections doivent être faites avec précaution, et l'on doit surveiller leur action, afin d'augmenter la dose du vinaigre ou d'ajouter un peu d'eau suivant que le médicament est trop ou trop peu actif.

Le liquide précédent peut être remplacé par :

℞ Extrait de Saturne	} àâ 30 gram.
Eau-de-vie	
Eau de rose	300 gram.

6° ℞ Chaux vive	4 gram.
Sulfate de fer	5 gram.
Noix de galle	10 gram.
Sulfure rouge d'arsenic	1 gram.

Pulvérisez et mêlez soigneusement.

Roulez dans cette poudre un tampon allongé et préalablement *trempé dans l'encre*, et introduisez-le dans celle des fosses nasales d'où provient le sang.

Ce moyen est recommandé par Rhazès, qui toutefois ne donne pas les doses. On peut supprimer le *sulfure d'arsenic*, et employer un autre liquide que l'encre : l'eau-de-vie, par exemple.

IIIe Ordonnance.

TRAITEMENT D'HOFFMANN.

1° Pour boisson : eau de fontaine froide, avec addition de teinture de rose, acidulée avec l'acide sulfurique et édulcorée.

2° Préserver avec soin le corps, sans en excepter la tête, mais surtout les pieds, de l'*action du froid*.

3° Administrer la *liqueur anodine* (d'Hoffmann), soit seule, soit unie à une poudre nitreuse, et étendue d'une certaine quantité d'eau de fontaine.

4° *Si l'épistaxis a pour cause un profond chagrin*, unir les *diaphorétiques* aux antispasmodiques, et prescrire un régime *diaphorétique*.

Est-il des cas dans lesquels un pareil traitement puisse être utile ?

TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS INTERMITTENTE.

Lorsque l'épistaxis périodique a lieu à de longs intervalles, elle ne réclame aucun traitement particulier, et le plus souvent, au lieu d'avoir à la combattre, on doit la favoriser, car c'est surtout par sa suppression qu'elle cause des accidents. Ce n'est point de cette espèce qu'il s'agit ici, mais bien de celle qui présente un des types connus de la fièvre intermittente. Les deux cas cités plus haut sont des exemples d'épistaxis quotidienne et très régulière. Dans les deux cas, l'hémorrhagie, qui avait résisté à beaucoup d'autres moyens, cessa peu de temps après l'administration du *sulfate de quinine à haute dose*. Ainsi, dans l'épistaxis comme dans presque toutes les autres maladies, le praticien doit avoir présente à l'esprit la possibilité de l'intermittence, qui, quelque rare qu'elle soit, pourrait se présenter, et peut-être sous forme d'accès pernicieux. Dans un pareil cas, on prescrirait :

IVe Ordonnance.

1° Pour boisson : infusion de petite centaurée sucrée.

2° ℞ Sulfate de quinine de.................................... 0,6 à 1 gram.

A prendre en six doses, dans du pain à chanter.

Renouveler le sulfate de quinine jusqu'à ce que les accès d'épistaxis aient complétement cessé, et le donner encore pendant plusieurs jours à doses décroissantes.

TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS PAR L'ERGOT DE SEIGLE.

J'ai sous les yeux une observation de M. G. Negri qui porte à croire que le seigle ergoté peut avoir, dans cette hémorrhagie comme dans les hémorrhagies utérines, une action spécifique. Chez une femme de soixante-deux ans, existait depuis trois jours une épistaxis si considérable, que l'affaiblissement était extrême, que la peau était déjà décolorée, et qu'il y avait une concentration et une accélération notables du pouls. C'est dans cet état de choses, et le sang coulant très abondamment, que M. Negri prescrivit (1) :

℞ Seigle ergoté en poudre...................................... 4 gram.

Divisez en douze paquets, à prendre un tous les quarts d'heure.

Bientôt après l'hémorrhagie commença à diminuer, et quand les douze paquets furent pris, elle avait cessé.

(1) *Lond. med. Gaz.*, 1834, vol. XIII, p. 361.

Alors on prescrivit :

Seigle ergoté en poudre.................................. 0,30 gram.

A prendre toutes les heures.

Le lendemain, la même dose fut prescrite à de longs intervalles.

M. le docteur Arnal (1) a rapporté des cas nombreux d'hémorrhagie qui sont tout à fait en faveur de ce traitement.

Tel est le traitement de l'épistaxis ; je ne parle pas de certains agents thérapeutiques tels que les *vésicatoires à l'aide de l'eau bouillante* (Latour), le *cautère à la plante des pieds* (Zacutus Lusitanus), etc., parce qu'ils ne sont pas suffisamment sanctionnés par l'expérience. J'ai également supprimé quelques formules extrêmement longues et composées d'une multitude de médicaments hétérogènes, comme étant inutiles à connaître. Quant au traitement de l'état anémique que l'épistaxis laisse après elle, il se trouvera naturellement dans le traitement de l'état morbide, dû à des causes très différentes, qui a reçu le nom d'*anémie*.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Épistaxis active :* Saignées, ventouses scarifiées ou non, ligature des membres.

2° *Épistaxis active ou passive redoutable par son abondance : A*. Applications froides et éthérées; styptiques et astringents liquides ou secs portés dans les fosses nasales; boissons acidulées : limonades, juleps, etc.; opiacés. *B*. Compression directe, compression de la carotide, élévation des bras; tamponnement; moyens spécifiques; sulfate de quinine, seigle ergoté. *C*. Moyens adjuvants : position, repos, etc.

ARTICLE II.

CORYZA AIGU (*rhinite aiguë*).

Cette maladie est ordinairement si légère, que le médecin est bien rarement consulté à son occasion. De là vient que nous ne possédons réellement pas d'observations du coryza aigu. Néanmoins, dans des articles généraux assez nombreux, on trouve une description fidèle et détaillée de ses symptômes, ce que l'on conçoit facilement, lorsqu'on songe que la maladie est extrêmement fréquente, très simple, et ne demande, pour être connue à fond, qu'une observation superficielle.

On a divisé le coryza aigu en *coryza des adultes*, *coryza des nouveau-nés*, et *coryza symptomatique*. Dans cet article, il ne sera pas question du dernier, pour les raisons que j'ai déjà données (2). Quant aux deux premiers, ils ne diffèrent réellement que par un plus haut degré de gravité communiqué au coryza des nouveau-nés par la grande étroitesse des fosses nasales à ce premier âge de la vie, car au fond elle est la même. Aussi nous dispenserons-nous de décrire séparément le coryza des nouveau-nés. Toutefois, et dans un but pratique, aurons-nous soin de

(1) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1849, t. XIV, p. 408 et suiv.

(2) Voy. *Avant-propos*.

signaler tout ce qu'il peut présenter d'intéressant dans les symptômes, et d'indiquer avec détail son traitement particulier.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le *coryza aigu* est une inflammation de la membrane pituitaire qui parcourt rapidement ses périodes; dans ces derniers temps on lui a imposé le nom de *rhinite aiguë*. C'est à l'une de ces dénominations qu'il faudra désormais s'en tenir, car celles qui ont été anciennement données à cette maladie, telles que *gravedo*, *destillatio*, *rhume de cerveau*, *catarrhe nasal*, *enchifrènement*, n'expriment guère que la présence de quelque symptôme plus ou moins important; il en est de même des dénominations étrangères qu'il est inutile de rapporter ici.

Tout le monde sait que la fréquence du coryza est extrême; il est, en effet, des époques de l'année où des populations entières en sont en grande partie affectées. Nous n'insisterons donc pas sur un fait aussi connu.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Le coryza aigu est une des affections dans lesquelles la prédisposition semble le moins nécessaire, ou du moins est le plus difficile à découvrir. Ainsi sous l'influence des variations de température de l'automne et du printemps, on voit survenir le coryza chez un très grand nombre de sujets de tout âge, de tout sexe et de tout tempérament, sans qu'aucune circonstance paraisse avoir particulièrement favorisé son développement. Cependant on a cité des sujets qui étaient tellement exposés à contracter le coryza, que le moindre changement atmosphérique suffisait pour le faire naître. Il faut bien, dans ces cas, reconnaître une prédisposition; mais c'est une prédisposition que nous ne pouvons rapporter à aucun état organique particulier.

Les auteurs ont donné comme causes prédisposantes l'*enfance* et la *jeunesse*, le *tempérament lymphatique*, le *vice scrofuleux*, un état habituel de *faiblesse*, une *transpiration habituelle de la tête*. Quant à cette dernière cause prédisposante, on en a cité quelques exemples; mais pour toutes les autres, nous ne possédons que des assertions sans preuves, et l'on n'a pas plus de raisons pour en admettre l'existence que pour la rejeter. Comme dans toutes les phlegmasies superficielles non spécifiques, l'action des causes prédisposantes est très obscure et laisse le champ libre à l'action des causes occasionnelles que nous allons étudier.

2° Causes occasionnelles.

C'est moins par une observation médicale qu'on les a recherchées que par une observation vulgaire et superficielle. Toutefois, pour les raisons indiquées plus haut, on a pu, à cause de la simplicité des faits, arriver à constater d'une manière satisfaisante les principales circonstances dans lesquelles se produit le coryza. Ainsi on sait que cette maladie se manifeste ordinairement aux époques où il y a de *brusques passages du chaud au froid*, telles que le printemps et le commencement de l'automne; que l'*insolation*, surtout lorsqu'elle est immédiatement suivie de l'exposition du corps au froid humide, la détermine fréquemment; que l'influence des *brouil-*

lards sur sa production n'est guère moins marquée. Ces causes sont tellement puissantes, qu'il est rare qu'on y échappe dans le courant d'une année entière. Aussi, pendant certains mois, y a-t-il comme de petites *épidémies* de coryza qui, lorsqu'elles se joignent à des bronchites, des angines, etc., prennent dans le vulgaire le nom impropre de *grippe*, et sont assimilées à certaines épidémies dont il sera parlé dans un autre chapitre. M. Anglada (1) cite un exemple de coryza plus franchement *épidémique :* après un orage violent qui succéda à plusieurs mois d'un temps très beau, la plus grande partie de l'armée française fut affectée de coryza. Cette épidémie, de l'espèce la plus simple, différa des autres épidémies en ce que la maladie n'acquit pas une intensité et une gravité insolites.

Le coryza aigu *est-il contagieux ?* C'est une opinion assez répandue dans le public que cette maladie a de la tendance à se propager par le contact direct, et sans doute le grand nombre de cas qui se manifestent en même temps, et chez des personnes vivant en commun, a contribué à faire adopter cette opinion. Elle était généralement admise en Allemagne à l'époque où écrivait Crato (2), puisque cet auteur, qui, du reste, ne cite aucun fait et n'émet que de simples assertions, affirme que dans ce pays on aurait difficilement fait boire quelqu'un dans un vase où aurait bu un individu affecté de coryza. Plus tard, sur l'autorité d'Etmuller, Bonnet (3) a indiqué cette cause comme ayant lieu quelquefois ; mais la preuve directe n'existe point, et, sous ce rapport, la science manque de renseignements et en manquera peut-être toujours.

Les auteurs ont donné comme cause du coryza la *suppression d'un flux ancien* et la *disparition d'un exanthème ;* mais nous n'avons pas de faits qui puissent nous éclairer à cet égard.

Enfin, on a cité des causes toutes particulières et fort rares ; je n'indiquerai que les deux suivantes comme exemples : Jac. Aug. Hünerwolff (4) rapporte qu'un homme était pris d'un coryza très violent toutes les fois qu'il entrait dans un parterre de rosiers en fleur, ou qu'il flairait une *rose*. Dans un autre cas, cité par M. Rostan, un coryza caractérisé par un écoulement abondant de mucus nasal qui ne durait que quelques heures, apparaissait tout à coup après une vive *affection morale*. Ce sont là de ces faits exceptionnels dont il suffit de signaler la possibilité.

§ III. — Symptômes.

Les premiers signes qui annoncent le *début* du coryza sont des picotements incommodes et une espèce de chatouillement qui provoquent des éternuments d'abord rares, puis de plus en plus fréquents ; bientôt à ce symptôme vient se joindre un sentiment de sécheresse et d'obstruction des fosses nasales, qui engage les malades à se moucher souvent, sans qu'ils puissent se débarrasser de ces sensations. Cependant la respiration n'est pas encore gênée et tout est local dans la maladie.

Symptômes locaux. — Mais au bout d'un temps fort court, les symptômes se multiplient et deviennent plus intenses. Une des deux fosses nasales, et plus rarement

(1) *Du coryza simple*, thèse, janvier 1837.
(2) *Concil. et epist.*, lib. II, p. 216. 1595.
(3) *Thesaur. med. pract.* (Genève, 1691) : *De morb. cap.*, lib. II, p. 1067.
(4) *Ephem. nat. curios*, ann. V, 1712, obs. XXII, p. 34.

les deux à la fois, sont le siége d'une *chaleur* âcre, d'une *douleur* assez marquée : en même temps, il s'établit une *sécrétion morbide*, qui a surtout lieu à la suite des *éternuments* devenus plus fréquents. Le mucus qui en résulte est liquide, transparent, incolore, filant et d'une saveur salée qui se fait incessamment sentir lorsque l'écoulement a lieu par l'ouverture postérieure des fosses nasales. Alors la *membrane pituitaire* se montre rouge et tuméfiée, ainsi que la peau qui recouvre l'ouverture antérieure des fosses nasales ; cette rougeur est due non-seulement à l'extension naturelle de l'inflammation par voie de continuité, mais encore au passage presque continuel du mucus âcre dont il vient d'être parlé.

Tant que le coryza est borné à la portion de pituitaire qui tapisse les fosses nasales proprement dites, les symptômes précédents sont ordinairement les seuls existants ; mais dès que l'inflammation gagne les appendices membraneux qui vont revêtir les cavités adjacentes, de nouveaux phénomènes sont observés. Ainsi les yeux s'injectent ; ils sont sensibles à la lumière, larmoyants : c'est que l'*inflammation a pénétré dans le canal nasal.* Il y a une céphalalgie frontale gravative qui empêche les malades de se livrer à leurs occupations, et rend pénibles les éternuments, et quelquefois même les moindres mouvements : c'est que les *sinus frontaux sont envahis.* Enfin, le malade éprouve une douleur assez vive dans une joue, rarement dans les deux ; la peau de cette partie prend une couleur rosée ; il y a un peu de gonflement, les dents du même côté présentent une douleur sourde ; un sentiment de tension incommode, partant de la paroi externe de la fosse nasale, se propage dans la mâchoire supérieure, et se change en une véritable douleur lorsque le malade se mouche fortement : c'est que la *muqueuse de l'antre d'Highmore est enflammée.*

Ainsi, à l'aide des connaissances anatomiques, nous nous rendons parfaitement compte de tous les symptômes qui peuvent survenir, et depuis longtemps toutes les théories qui faisaient dépendre l'écoulement nasal du coryza de l'exsudation d'une humeur venant des membranes du cerveau ou des ventricules (1), sont rangées parmi les rêveries que l'amour des explications a si souvent suggérées à nos devanciers. M. Boucher (2) s'est fondé sur les différences que présente le coryza, suivant qu'il occupe telle ou telle partie, pour établir les variétés suivantes : 1° coryza des narines ; 2° des sinus frontaux ; 3° des sinus maxillaires. Ces différences méritent d'être connues, mais elles n'ont pas assez d'importance, surtout sous le rapport pratique, pour qu'on établisse une distinction réelle entre ces diverses variétés.

Symptômes généraux. — En même temps que les symptômes prennent l'accroissement qui vient d'être indiqué, il se développe, dans un certain nombre de cas dont la proportion n'est pas exactement déterminée, un *mouvement fébrile* ordinairement peu intense. Quelquefois, au contraire, mais bien plus rarement, c'est le mouvement fébrile qui précède de plusieurs heures les symptômes locaux. Une accélération légère du pouls et un peu de chaleur, une aggravation de la céphalalgie, de l'inquiétude et quelquefois un peu d'insomnie, un sentiment de courbature générale, sont les principaux symptômes qui caractérisent ce mouvement fébrile. Des auteurs ont

(1) Fernel, *Pathologia*, lib. V, cap. VII.
(2) *Dissert. sur le coryza*, 1836.

aussi signalé des frissons suivis de sueurs, mais les cas dans esquels on les observe sont au moins fort rares.

Parfois l'intensité de la *céphalalgie* est excessive, et donne pour ainsi dire à la maladie un aspect particulier, surtout si l'on considère la manière dont elle se termine. M. Louis a deux ou trois fois, dans sa pratique, observé les phénomènes suivants : il a vu, après une suppression complète ou une diminution notable de l'écoulement muqueux, survenir vers la racine du nez une douleur tellement atroce, qu'elle ne laissait pas un instant de repos au malade, et cet état durait jusqu'à ce qu'un écoulement abondant de mucus incolore et filant se fît par les narines ; alors ce symptôme si violent se dissipait avec la plus grande rapidité. Le siége de cette douleur ne permet pas de douter qu'elle ne fût due à l'envahissement des sinus frontaux.

Au bout de deux ou trois jours de durée, tous les symptômes s'amendent notablement ; la douleur, la tension, la rougeur des fosses nasales disparaissent, ainsi que le mouvement fébrile, s'il existait. Quant au *mucus* sécrété, il change notablement d'aspect : il devient plus consistant, opalin, puis blanc, blanc jaunâtre ou verdâtre et opaque ; il est alors difficile à détacher, et l'on est obligé de faire des efforts quelquefois douloureux pour désobstruer les fosses nasales. Cette matière acquiert une odeur fade, parfois fétide ou étrange. La *voix* est nasonnée, il y a un enchifrènement marqué, et quelquefois une douleur permanente à la racine du nez. Cet état peut durer assez longtemps avant que les fosses nasales soient revenues à leur état normal.

Coryza des enfants nouveau-nés et à la mamelle. — Nous avons dit plus haut qu'on avait décrit séparément le coryza des enfants nouveau-nés et à la mamelle, et nous avons ajouté que les différences qui existent entre cette maladie, à cet âge et à un âge plus avancé, tiennent presque uniquement à l'étroitesse des fosses nasales chez les enfants. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner les symptômes particuliers que présente le coryza des nouveau-nés. Nous empruntons la description à Billard (1) et à M. Rayer (2), qui ont écrit particulièrement sur ce sujet.

L'enfant, qui pouvait auparavant dormir la bouche fermée, est obligé de la tenir largement ouverte ; il y a une respiration très bruyante par le nez et des sifflements dans les fosses nasales. Les mucosités s'accumulant de plus en plus dans ces cavités, la respiration devient très difficile, et même impossible lorsque l'enfant veut prendre le mamelon ; s'il persiste dans ses efforts de succion, la face devient violette, se tuméfie, il y a menace d'asphyxie ; et enfin le mamelon est abandonné brusquement, le petit malade portant rapidement la tête en arrière, ouvrant largement la bouche pour respirer, et poussant des cris d'impatience et de douleur.

Il est évident que l'obstacle au libre passage de l'air dans les fosses nasales, obstruées par les mucosités, est la cause de tous ces accidents. Aussi n'est-ce qu'après un certain temps de ce pénible état que les enfants éprouvent l'assoupissement, la prostration et les convulsions signalées par Billard, et que, suivant les expressions de cet auteur, le petit malade se trouvant continuellement agité par le besoin de la faim et l'impossibilité de le satisfaire, tombe épuisé de fatigue, de douleur et d'ina-

(1) *Traité des maladies des enfants*, 2e édit., 1833, p. 484 et suiv.
(2) *Note sur le coryza des enfants à la mamelle*, 1820.

nition, et ne tarde pas à périr avant même d'être arrivé à un degré de marasme avancé. Ainsi, bien qu'il faille reconnaître que le mouvement fébrile du coryza peut avoir une certaine gravité chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle, car à cet âge toute affection accompagnée de fièvre a son danger, toujours est-il que c'est à des circonstances tout accessoires que cette affection doit sa terminaison funeste. Mais quelle qu'en soit la cause, il est nécessaire de prévenir le praticien du danger qu'acquiert chez les jeunes enfants une maladie si légère chez l'adulte, afin que le traitement soit dirigé avec l'activité nécessaire.

Maintenant que nous avons fait connaître tous les accidents dont peut s'accompagner le coryza des enfants nouveau-nés et à la mamelle, nous devons ajouter qu'il est heureusement rare qu'ils surviennent avec cette intensité. Bien que nous ayons pendant longtemps observé les maladies des nouveau-nés, nous n'en avons jamais vu un seul exemple. Dans le plus grand nombre des cas, tout se réduit à un peu plus d'agitation et à une difficulté un peu plus grande dans la respiration, symptômes qui ne sont pas de longue durée.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

1° *Marche de la maladie.* — Comme chacun sait, la marche du coryza aigu est rapide. Ordinairement, trente-six ou quarante-huit heures suffisent pour que les principaux symptômes soient considérablement amendés. On a cité quelques cas où le coryza s'est montré sous forme intermittente. Un exemple de cette périodicité a été cité par Sauvages (1) sous le titre de *coryza febricosa.* Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que, malgré la présence de plusieurs symptômes aigus, tels que douleur de tête, tuméfaction, etc., il n'y avait aucun mouvement fébrile (*pyrexia nulla*). La maladie ne céda qu'au quinquina.

Si les symptômes de la première période du coryza, c'est-à-dire ceux où l'inflammation se montre dans toute son acuité, ont une marche très rapide, il n'en est pas toujours de même de ceux qui leur succèdent et qui constituent ce que, dans le langage ancien, on appelait la *coction.* La gêne de la respiration par le nez, la tension, l'exagération de la sécrétion, et par suite l'enchifrènement, peuvent durer longtemps et demander même quelques soins chez les personnes qui ont besoin de recouvrer promptement la pureté de la voix dont le timbre reste nasonné.

Quand on examine avec attention ce qui se passe dans cette légère maladie, on voit que dans le plus grand nombre des cas elle n'occupe d'abord qu'une narine, et qu'elle passe à l'autre avec tous ses symptômes d'acuité lorsqu'il y a déjà un amendement notable dans la cavité envahie la première. De plus, en notant avec soin les phénomènes à mesure qu'ils se présentent, on voit aussi que l'envahissement des sinus frontaux et du sinus maxillaire, quand il a lieu, se fait à une époque un peu éloignée du début ; il semblerait qu'en pareil cas la maladie dût se prolonger beaucoup plus, car, en réalité, il y a plusieurs attaques successives. Il n'en est cependant rien, et en voici la raison. L'inflammation, lorsqu'elle se propage à un autre point que celui qu'elle occupait d'abord, parcourt ses périodes avec une rapidité d'autant plus grande, qu'elle a envahi son nouveau siége à une époque plus éloignée du début ; en sorte qu'en général, toutes ces inflammations partielles, qui

(1) *Nosologia*, t. II, class. IX, *Fluxus*, ordo III, *Serifluxus.*

se sont succédé à des intervalles variables, arrivent toutes en même temps, ou même en raison inverse de l'époque de leur développement, à une terminaison commune. C'est ce que nous retrouverons dans les autres phlegmasies toutes les fois que nous les verrons se terminer par résolution.

La *durée* générale de la maladie est ordinairement courte ; il est rare qu'elle dépasse quatre à sept jours, à moins que le coryza ne passe à l'état chronique. Excepté chez les très jeunes enfants, et, dans des cas rares, la *terminaison* du coryza aigu n'est jamais funeste. Son passage à l'état chronique est signalé par tous les auteurs, mais cette terminaison est rare.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce n'est que chez les enfants nouveau-nés et à la mamelle qu'on a pu étudier les lésions du coryza idiopathique ; chez les adultes, c'est le coryza symptomatique qui a fourni les sujets de recherches. Chez les uns et chez les autres, on trouve les signes ordinaires de l'inflammation des membranes muqueuses : la rougeur, l'épaississement, le ramollissement de la membrane, etc. ; mais chez les enfants il existe quelquefois une lésion particulière décrite en ces termes par Billard (*loc. cit.*) : « En ouvrant les fosses nasales, on trouve une concrétion pseudo-membraneuse, blanchâtre et un peu salie par du sang exhalé à sa surface. Elle commence à la partie supérieure de la glotte, et, au lieu de s'étendre sur la trachée-artère, remonte vers les sinus et les cornets du nez, qu'elle revêt en s'y appliquant solidement. La membrane muqueuse est, au-dessous d'elle, très tuméfiée et d'un rouge vif ; elle est même saignante dans plusieurs endroits. » On voit que cette forme est au coryza simple ce que le croup est à la laryngite simple. Il importerait donc beaucoup de pouvoir la distinguer ; mais malheureusement, de l'aveu de Billard, il est impossible de la reconnaître pendant la vie. Les autres lésions qu'on a observées ont trop peu d'importance pratique pour être mentionnées ici.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — J'ai peu de chose à dire sur le diagnostic du coryza chez l'adulte ; c'est aux articles *Coryza chronique* et *Ozène* que nous donnerons les signes différentiels de ces affections et du coryza aigu ; et si l'on y réfléchit, on verra qu'après cette élimination, il ne reste pas d'affection qui puisse être confondue avec lui. Mais il peut être quelquefois utile de savoir si le coryza est idiopathique ou symptomatique. Je vais donc rechercher les signes propres à nous éclairer sur ce point.

Dans la *rougeole*, il existe un coryza précurseur ; mais outre qu'il s'accompagne tout d'abord d'une toux remarquable, il est bien rare qu'il n'existe pas en même temps un mouvement fébrile prononcé, lequel ne se manifeste le plus souvent dans le coryza que lorsque l'inflammation de la pituitaire a acquis un assez grand développement.

Il en est de même du coryza qui se montre dans la *scarlatine ;* seulement, c'est le pharynx plutôt que les bronches qui est enflammé en même temps que la membrane de Schneider.

Lorsque le coryza est précédé d'un mouvement fébrile qui ne paraît nullement en rapport avec le peu d'importance de l'inflammation, il faut avoir soin d'inspecter

chaque jour la muqueuse buccale et pharyngienne, car dans les fièvres exanthémateuses, c'est là que l'on commence à apercevoir les premières rougeurs qui lèvent tous les doutes. Avant cette époque, il est difficile de distinguer le coryza fébrile simple du coryza précurseur de l'exanthème.

Dans la *grippe* et les diverses épidémies du même genre, il existe un coryza ordinairement intense, mais l'apparition simultanée d'autres symptômes ne permet pas une longue hésitation.

Les mêmes réflexions s'appliquent au coryza qui se manifeste dans la première période de la *coqueluche* et du *croup*.

Il est plus important encore de savoir si ces symptômes si intenses, cette suffocation, cette asphyxie imminente, observés chez les nouveau-nés, sont dus à un simple coryza ou à une autre maladie. La tuméfaction, l'inflammation du nez, et par suite la gêne de la respiration, peuvent dépendre d'un *érysipèle* ou d'une *inflammation œdémateuse* de la face qui occupe plus particulièrement la lèvre supérieure et le nez. Mais ordinairement la première de ces maladies, au lieu de commencer par l'intérieur des fosses nasales, commence par la peau du nez ou du front et s'étend bientôt à d'autres parties de la face trop éloignées de l'ouverture des narines pour devoir leur inflammation à un simple coryza. Quant à la seconde, elle ne se développe qu'à la fin des maladies graves et commence presque toujours par la lèvre supérieure.

Le principal symptôme, le symptôme capital du *coryza des nouveau-nés* est la suffocation, qui a lieu surtout pendant l'action de teter. Plusieurs autres causes peuvent occasionner la suffocation pendant que l'enfant fait des efforts de succion. Ce sont des *vices de conformation* de la bouche, de la langue et de son frein, des fosses nasales, ou bien du mamelon de la nourrice. Outre que ces vices de conformation ont leurs caractères propres et faciles à constater, l'impossibilité de teter date de la naissance, tandis que, dans le coryza, des enfants tetaient fort bien avant l'invasion de la maladie. Les enfants qui offrent des vices de conformation autres que ceux qui peuvent produire une obstruction des fosses nasales, ont la respiration parfaitement libre quand ils ne cherchent pas à teter, au lieu que dans le coryza, l'obstruction des fosses nasales occasionne, dans tous les instants, une gêne plus ou moins marquée de cette fonction.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du coryza simple aigu fébrile et du coryza des fièvres exanthématiques.*

CORYZA [redacted].	CORYZA PRÉCURSEUR DE L'EXANTHÈME.
[redacted] ni de *douleur de gorge* au début.	*Toux* ou [redacted]r *de gorge* au début.
Le plus souvent *pas de fièvre* au début.	*Fièvre* au début.
Mouvement fébrile peu prononcé et de courte durée.	*Mouvement fébrile* intense et prolongé.

Dans les cas peu fréquents où le mouvement fébrile précède un coryza un pe intense, examinez fréquemment la bouche et le larynx, pour découvrir les *rougeur de l'exanthème*, qui seules peuvent lever les doutes.

2° *Signes distinctifs du coryza simple aigu fébrile et du coryza des épidémies catarrhales, de la coqueluche et du croup.*

CORYZA IDIOPATHIQUE.	CORYZA SYMPTOMATIQUE.
Au début, *symptômes locaux* bornés aux fosses nasales.	Au début, *symptômes ayant leur siége dans plusieurs organes*, et notamment dans le reste de l'étendue des voies respiratoires.

3° *Signes distinctifs du coryza des nouveau-nés et des autres affections qui peuvent déterminer la suffocation*

a. CORYZA DES NOUVEAU-NÉS.	ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ; ŒDÈME SUBINFLAMMATOIRE.
L'*inflammation* commence dans les fosses nasales.	L'*inflammation* commence dans la peau du front, du nez ou de la lèvre supérieure.
Se développe au milieu d'un *état de santé parfaite*.	Se développe *à la fin des maladies graves.*

b. CORYZA DES NOUVEAU-NÉS.	VICES DE CONFORMATION DE LA BOUCHE, DE LA LANGUE, ETC.
Inspection. Bonne conformation de toutes les parties qui agissent dans la succion.	*Inspection.* On découvre le *vice de conformation.*
La *succion s'opérait bien* avant l'invasion du coryza.	*Succion impossible* dès la naissance.
Gêne de la respiration dans les intervalles de la succion.	*Respiration* libre lorsque l'enfant ne tette pas.

Nous ne cherchons pas à établir un diagnostic entre le coryza et l'inflammation de la pituitaire due à une violence extérieure quelconque, parce que, dans ce cas, la connaissance de la cause est suffisante.

Pronostic. — Le coryza des adultes n'a aucune gravité. Dans les cas rares où on l'a vu passer à l'état chronique, on n'a noté aucun signe qui pût faire prévoir cette terminaison.

Quant au coryza des nouveau-nés, on a vu que, dans quelques circonstances, il pouvait avoir une terminaison funeste ; et rien n'ayant été indiqué comme pouvant servir à faire distinguer les cas mortels, le praticien devra toujours avoir quelque appréhension du coryza survenant à cet âge, quelle que soit d'ailleurs son apparente bénignité. Le coryza des nouveau-nés avec production de fausses membranes est une maladie mortelle : malheureusement, nous n'avons aucun moyen de le distinguer pendant la vie ; l'observation a encore tout à faire sur ce sujet.

§ VII. — Traitement.

Coryza des adultes. — Dans le coryza léger, apyrétique, celui qui existe le plus fréquemment, il n'est besoin d'aucune médication active ; c'est une de ces affections légères qu'on range à peine parmi les indispositions. Aussi, habituellement, n'y fait-on aucune attention. Cependant il est une circonstance où le coryza le plus léger demande quelques soins : c'est lorsque l'individu affecté a besoin de recouvrer le plus promptement possible l'intégrité de sa voix, qui, dans cette maladie, prend un timbre désagréable. Les deux prescriptions suivantes suffisent en pareil cas :

Ire Ordonnance.

CORYZA LÉGER CHEZ UN ADULTE.

1° Pour tisane, infusion de violette sucrée.

2° Le soir, un pédiluve sinapisé de vingt minutes à une demi-heure de durée.

3° Tenir le ventre libre à l'aide de lavements émollients.

4° Diminuer la quantité des aliments ; s'abstenir de liqueurs fortes et de café.

5° Se tenir constamment à l'abri du froid, et surtout du froid humide.

Si le coryza, sans être très intense, présentait quelques symptômes incommodes, comme une forte pesanteur de tête, des douleurs dans les sinus frontaux ou dans les sinus maxillaires, on aurait recours aux moyens suivants :

IIe Ordonnance.

1° Pour tisane, infusion de bourrache miellée.

2° Faire, matin et soir, une fumigation émolliente, dirigée vers les fosses nasales. Une théière ordinaire, dont le bec est tourné vers le nez, suffit pour ces fumigations.

3° Matin et soir, un pédiluve chaud, avec addition de deux ou trois pelletées de cendre ; y rester vingt minutes.

4° Le reste de la prescription précédente.

M. Martin-Solon (1) a employé avec succès des *fumigations émollientes* dans les coryzas très aigus.

Mais le coryza peut, avons-nous dit, se présenter avec un appareil de symptômes qui lui donnent une certaine importance ; la fièvre, surtout, alarme le malade et mérite l'attention du médecin. Cependant, si la maladie paraît toujours bien localisée, il est inutile de recourir à des moyens beaucoup plus actifs, et il suffira des suivants :

IIIe Ordonnance.

CORYZA FÉBRILE CHEZ L'ADULTE.

1° Infusion de bourrache (*ut suprà*), ou bien une légère infusion de thé sucrée.

2° Introduire de temps en temps dans les fosses nasales une poudre fine de guimauve ou de gomme, afin d'absorber les mucosités et de leur donner plus de consistance.

3° Faire trois ou quatre fois par jour des onctions sur le nez, sur la lèvre supérieure, et même sur les parties adjacentes, avec de la pommade de concombre, du cérat légèrement opiacé, ou bien avec le liniment suivant :

℞ Huile d'amandes douces.. 8 gram. | Laudanum de Sydenham...., 0,5 gram.

Mêlez avec soin.

4° Pédiluves sinapisés matin et soir.

(1) *Observ. et considér. prat. sur l'usage des fumig. dans les maladies* (*Gazette médicale de Paris*, 1834).

5° Le soir, un lavement d'eau de guimauve avec addition de trois ou quatre cuillerées d'huile d'olive.

6° Se préserver du froid; régime très léger. Quelquefois, lorsque le mouvement fébrile est un peu intense, il est nécessaire d'imposer un jour de diète.

Tels étaient les moyens universellement employés dans le coryza aigu fébrile ou non fébrile, lorsque le docteur Williams en proposa un bien différent, et que, pour cette raison, nous ferons connaître avec quelques détails.

TRAITEMENT DU DOCTEUR C. J. B. WILLIAMS.

Ce médecin, après avoir fait remarquer (1) que si l'on prescrit des boissons abondantes dans le coryza, c'est pour diminuer l'acrimonie du flux pituitaire qui entretient l'inflammation, ajoute que l'on obtient le même résultat par un moyen tout opposé, et dont cependant le succès est certain : c'est *abstinence complète des liquides*. Voici comment, d'après cet auteur, on doit diriger le traitement.

IVᵉ Ordonnance.

1° On pourra commencer le traitement par un laxatif, suivi d'un diaphorétique; mais ces moyens ne sont nécessaires qu'au début de la maladie.

2° S'abstenir de toute espèce de liquide pendant trente-six ou quarante-huit heures.

3° Les aliments solides seront des *puddings* (qu'on peut remplacer en France par de la bouillie et des panades épaisses), des légumes avec ou sans viande, pour le principal repas de la journée. Aux autres repas, on se contentera d'un peu de pain rôti ou de biscuit, simplement humecté avec du thé ou avec un liquide du même genre.

4° Après quarante-huit heures de ce traitement, on peut revenir à l'usage *modéré* des liquides ; mais il faut avoir soin de n'y revenir que graduellement, et se faire violence, car on est porté, après une pareille abstinence, à prendre les boissons avec excès.

Suivant M. Williams, ce traitement, agissant en diminuant la masse des fluides du corps, a pour but d'enlever les matériaux nécessaires à la sécrétion morbide, de tarir l'écoulement, et d'arrêter le coryza entretenu par lui. Par ce moyen, on empêche l'inflammation de se propager aux organes respiratoires proprement dits, et l'on évite les bronchites intenses qui succèdent au coryza. C'est au bout de douze heures d'abstinence des liquides que l'écoulement commence à tarir ; la sécrétion devient alors gélatiniforme ; elle cesse entre la trentième et la trente-sixième heure. Dès la douzième heure, le larmoiement et la douleur de tête deviennent de moins en moins incommodes, et ces symptômes ne tardent pas à disparaître. Jamais, dans les cas observés par le docteur Williams, cette abstinence de liquides pendant le temps indiqué n'a eu le moindre inconvénient.

Il y a malheureusement beaucoup d'objections à faire aux assertions de cet auteur, objections dont l'analyse seule d'un certain nombre d'observations pourrait démontrer la force ou la faiblesse. Comment pouvons-nous admettre qu'un traite-

(1) *Cyclop. of pract. med.*, t. I, 1833.

ment a une grande efficacité dans le coryza, lorsque, d'une part, nous voyons qu'il ne commence à tarir l'écoulement qu'au bout de douze heures, et que, d'une autre part, nous ne savons pas à quelle époque de la maladie il a été entrepris? Supposons seulement que le coryza dure déjà depuis douze heures; qu'y a-t-il d'étonnant qu'il commence à se dissiper douze heures plus tard?

Et sans même recourir à cette supposition, ne voyons-nous pas des coryzas qui parcourent leur période d'acuité en douze heures? Il fallait donc démontrer par l'observation qu'on n'avait pas eu affaire à des coryzas semblables. Le docteur Williams nous dit qu'on évite, par son traitement, les bronchites consécutives; mais, pour le prouver, il était absolument nécessaire de présenter des observations : car si, par l'abstinence des liquides, on avait prévenu des bronchites à une époque où le coryza en aurait été presque constamment suivi, nous aurions une forte preuve qui nous manque complétement.

On doit donc attendre, pour admettre l'efficacité de l'*abstinence complète des liquides dans le coryza*, que l'observation ait prononcé. Mais il faut se garder de proscrire entièrement ce traitement; car si son utilité venait à être démontrée, ce serait une acquisition précieuse, puisqu'on éviterait des bronchites quelquefois intenses, qui sont à redouter pour beaucoup d'individus, et notamment pour les chanteurs et pour les personnes qui ont une maladie chronique des poumons. C'est aux observateurs à expérimenter un traitement pénible à suivre sans doute, mais qui n'a pas d'inconvénient réel.

M. le docteur Teissier (de Lyon), frappé de l'insuffisance de tous les moyens précédents, eut l'idée d'employer la cautérisation comme moyen curatif, dans le coryza très aigu. Il cite (1) plusieurs observations de guérison obtenue en quelques heures dans des cas intenses et même rebelles.

Il emploie la solution suivante :

℞ Nitrate d'arg. crist. 0,25 à 0,50 gram. | Eau distillée.............. 20 gram.

Faites dissoudre.

Avec un petit bourdonnet de charpie imbibé de cette solution, on cautérise rapidement la pituitaire.

Suivant l'auteur, à 25 centigrammes, la solution ne détermine pas de douleur. Ce moyen a été vivement critiqué; cependant les faits cités par M. Teissier méritent considération, et, avant de les condamner, il serait juste de répéter l'expérience.

M. le docteur Lockwood a également employé la solution de nitrate d'argent, et il a obtenu des succès.

Mais M. le docteur J. Pretty (2), reprochant à ce moyen d'être douloureux (ce qui est en opposition avec l'expérience de M. Teissier, au moins pour une solution peu concentrée), conseille les injections suivantes :

℞ Sulfate de zinc....... 0,15 gram. | Eau distillée............ 30 gram.

Faites dissoudre.

(1) *Bull. gén. de thér.*, t. XX, p. 419 et suiv., 1845.
(2) *Lond. med. Gaz.*, juillet 1849.

Avec une seringue de la contenance de 30 grammes, on injecte une ou deux fois ce liquide dans chaque narine, le malade penchant la tête en avant vers un bassin.

Suivant l'auteur, ce traitement fait avorter le coryza au début ; plus tard, il faut attendre que la muqueuse se dégorge un peu ; autrement il y a à craindre de vives douleurs vers les sinus frontaux.

Une injection suffit quelquefois ; dans certains cas, il en faut jusqu'à trois.

Ces injections, dit M. Pretty, arrêtent immédiatement les coryzas qui tendent à passer à l'état chronique et à se perpétuer.

M. Teissier (*loc. cit.*) indique comme un très bon calmant les onctions d'*huile d'amandes douces* avec le *laudanum*, indiquées plus haut ; depuis lors on a donné comme moyen abortif le *laudanum* mêlé en grande proportion à un liquide émollient, et aspiré par les narines, ce que j'ai vu réussir plusieurs fois.

M. le docteur Saint-Martin (de Niort) (1) prescrit un moyen plus simple, mais qui ne convient qu'au début du coryza. Il consiste dans l'*aspiration des vapeurs acétiques*. Il suffit de placer à l'entrée des narines un flacon contenant une petite proportion du remède, et de faire de larges et lentes aspirations pendant cinq minutes environ. Ce moyen peut être facilement essayé.

M. le docteur Menudier (de Saintes) (2) a rapporté un cas remarquable de coryza revenant fréquemment et très rebelle, qui fut enlevé presque instantanément par l'application d'un *large sinapisme* sur la région dorsale, et qui trois mois après n'avait pas reparu. Ce moyen mérite d'être expérimenté de nouveau.

CORYZA PÉRIODIQUE (*coryza febricosa* de Sauvages).

Il est inutile de dire que lorsque le coryza se produit sous cette forme extrêmement rare, et lorsqu'on a bien constaté la régularité des accès, il faut avoir recours au quinquina. La prescription suivante suffira :

℞ Sulfate de quinine.................................... 0,3 à 0,6 gram.

Faites trois paquets qu'on prendra de deux en deux heures, dans l'intervalle des accès. On devra renouveler cette dose jusqu'à ce qu'il ne reste plus de traces de la maladie, et la continuer quelques jours en la diminuant graduellement, comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente.

L'observation insérée dans le *Journal de médecine de Vandermonde* prouve qu'il ne faut nullement attendre que des symptômes fébriles se manifestent en pareil cas ; car chez l'homme qui en est le sujet, il n'y avait pas, comme on l'a vu plus haut, la moindre apparence de fièvre.

CORYZA DES NOUVEAU-NÉS.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette maladie recommandent de suspendre l'allaitement, et de nourrir les enfants à la cuiller. Mais il ne faut pas croire que dès qu'un enfant présente des signes de coryza, on doive ainsi le priver de son alimentation naturelle. D'abord, ce n'est que dans les cas les plus graves que cette ma-

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 mai 1850.
(2) *Union médicale*, mars 1852.

ladie détermine des symptômes d'asphyxie et empêche l'enfant de teter : d'où il suit que souvent elle n'a pas plus de gravité que chez l'adulte, et alors il faut bien se garder de suspendre l'allaitement ; avec quelques précautions contre le froid, il constitue le meilleur traitement qu'on puisse prescrire. En second lieu, il est toujours temps, lorsque les symptômes de suffocation apparaissent, de remplacer l'allaitement par les boissons prises à la cuiller, qui n'exigent pas une occlusion si parfaite de la bouche, et permettent à l'enfant de respirer encore, quoique imparfaitement. C'est en pareil cas qu'on devra recourir à la prescription suivante :

V° Ordonnance.

1° Faire boire, à l'aide d'une cuiller, du lait de vache coupé avec un quart ou moitié d'orge ou de gruau.

2° Nettoyer fréquemment les narines à l'aide de lotions d'eau de guimauve ou de sureau ; tâcher de faire aspirer un peu de ces liquides par le nez, en fermant un instant la bouche de l'enfant.

3° Dans les cas très graves, et s'il y a quelques signes de congestion cérébrale, une sangsue derrière l'oreille, ou deux au plus chez les enfants forts et âgés de plus d'un mois. Arrêter avec grand soin l'écoulement du sang une demi-heure ou au plus une heure après la chute des sangsues.

4° ℞ Calomel.......... 0,30 gram. | Sucre en poudre.............. 5 gram.

Mêlez. Faites quatre paquets à prendre dans la journée.

5° Le soir un cataplasme légèrement sinapisé sur chaque jambe.

6° Si les symptômes cérébraux augmentent, un vésicatoire à la nuque.

La mort a été quelquefois causée par le coryza chez les nouveau-nés, et nous avons vu que c'est principalement à l'asphyxie qu'est due cette terminaison funeste. Faudrait-il, si les symptômes devenaient menaçants au point de faire redouter une mort prochaine, recourir à la *trachéotomie ?* Aucun auteur ne s'est fait cette question, et le motif en est facile à comprendre : il s'agit d'enfants très jeunes et chez lesquels on aurait de la répugnance à pratiquer une opération, même beaucoup moins sérieuse. C'est là sans doute une raison d'être réservé ; mais s'il était démontré que l'enfant va périr asphyxié, et si, d'un autre côté, on était sûr que le coryza fût simple, on pourrait d'autant plus recourir à ce moyen extrême, que la respiration une fois rétablie, on aurait la certitude que le coryza se terminerait promptement par résolution. N'est-ce pas le cas de faire l'application de ce fameux axiome : *Melius remedium anceps quam nullum ?*

Moyens prophylactiques. — Cette maladie est si légère, qu'on prend ordinairement très peu de précautions pour s'en garantir. Cependant il est des personnes qui contractent si facilement le coryza, qu'elles doivent chercher les moyens de le prévenir, ne fût-ce que dans la crainte de le voir passer à l'état chronique. Ainsi, les individus qui sont sujets à une transpiration habituelle d'une des parties du corps, et principalement de la tête, doivent éviter les courants d'air, même pendant l'été. Au printemps, il ne faut pas s'exposer au soleil, et surtout passer ensuite brusquement dans un lieu frais. Il importe aussi de ne pas se dépouiller trop tôt de ses vê-

tements d'hiver et de se garantir avec soin des premières humidités de l'automne. Les personnes chauves ont ordinairement besoin de prendre, plus que toutes les autres, les précautions que je viens d'indiquer.

Suivant M. Williams (*loc. cit.*), la modération dans les boissons est un des meilleurs préservatifs, parce que, dit-il, lorsqu'il y a une grande quantité de liquide dans le corps, la perspiration doit être augmentée, et l'on est par conséquent plus exposé aux mauvaises influences du froid. Cette assertion est toute théorique.

Enfin, les causes idiosyncrasiques du coryza ne peuvent être reconnues que par les sujets eux-mêmes, qui devront les remarquer pour les éviter.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Coryza des adultes : Adoucissants : légers sudorifiques; dérivatifs; onctions émollientes, opiacées; se préserver du froid; régime léger; *traitements* de M. Williams, de M. Teissier (de Lyon), de M. Pretty, etc.

Coryza des nouveau-nés : Les moyens précédents; plus, dans les cas très graves, légères émissions sanguines; lotions émollientes; minoratifs, révulsifs; faire boire à la cuiller; *trachéotomie.*

APPENDICE.

Les anciens employaient des traitements toujours compliqués, même pour les maladies légères. L'histoire du coryza en fournit la preuve. Je n'ai pas voulu faire entrer dans l'article qui précède les moyens variés qui ont été recommandés dans les siècles précédents, parce qu'il n'est pas bien démontré qu'ils aient été réellement utiles. Nous nous contentons d'emprunter comme exemple, à trois auteurs cités par Bonet, leurs formules de mixture, de fumigation et de cataplasme, qui formeront la prescription suivante :

VI° Ordonnance.

1° Pour boisson, une infusion théiforme chaude et dissolvante (Sauvages).

2° ℞ Eau de fumeterre.... } de fenouil....... }	ââ 60 gram.	Huile de girofle.......	3 gouttes.
		Bézoard minéral......	2 gram.
Thériaque simple.....	30 gram.	Laudanum..........	0,1 gram.
Ammoniaque liquide...	20 gram.	Sirop de pavot........	30 gram.

Mêlez.

A prendre à la dose de deux cuillerées, pour favoriser les sueurs (*Fr. Sylvius*, lib. I, cap. XLI).

3° ℞ Succin........... } Gomme animé...... }	ââ 8 gram.	Mastic.................	4 gram.
		Benjoin...............	8 gram.
Encens.............	4 gram.		

Mêlez. Réduisez en poudre; projetez-en deux ou trois pincées sur des charbons ardents ou un fer rouge, et aspirez la fumée par les fosses nasales. (*Etmuller*. C'est à la gomme animé que cet auteur attribue principalement la vertu de la fumigation.)

4° Inspirer plusieurs fois par jour du lait chaud (Sauvages).

5° Faites bouillir des feuilles de sabine, et appliquez-les sur le nez sous la forme d'un cataplasme qui doit avoir un assez haut degré de chaleur. (*Petrus Bayrus* : Ce médecin affirme que ce topique *enlève le coryza sur-le-champ*, ce serait là un succès tout autrement beau que ceux du docteur Williams.)

Dans l'exposition du traitement, ces auteurs n'ont tenu aucun compte de l'état d'acuité ou de chronicité du coryza, négligence qui n'a été que trop imitée par les modernes. C'est aux praticiens à voir ce qu'ils pourront faire de ces moyens, qui n'ont pas de danger réel, mais dont l'efficacité peut paraître douteuse.

ARTICLE III.

CORYZA CHRONIQUE (*rhinite chronique*).

Le coryza chronique, étant une affection très incommode et difficile à guérir, a dû nécessairement fixer l'attention des médecins. Aussi pourrons-nous avoir recours, pour notre description, à des observations assez nombreuses, ressource qui nous manquait entièrement pour la description du coryza aigu. Nous en userons avec d'autant plus d'empressement, que, dans les articles généraux, cette forme de l'inflammation de la membrane pituitaire a été superficiellement étudiée.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Dans ces derniers temps, on a cherché à établir une distinction entre le coryza chronique et le flux nasal, auquel on a donné le nom de *rhinorrhée* ; mais en parcourant les observations, il m'a paru impossible de donner pour base à cette division des faits positifs. Ainsi les auteurs se sont fondés, pour l'établir, sur ce que, dans la rhinorrhée, toute la maladie consiste dans un écoulement de mucosité limpide par le nez, sans aucun symptôme inflammatoire ; tandis que, dans le coryza, l'écoulement d'un mucus de consistance, de couleur variable, et plus ou moins altéré, s'accompagne d'un petit nombre de symptômes propres à l'état aigu. Nous sommes loin de nier qu'il puisse exister un flux nasal non inflammatoire, et quelques faits nous ont paru de cette nature ; mais malheureusement les détails manquent : d'une part, on n'est pas sûr, en lisant les observations, que tous les symptômes inflammatoires aient manqué dans les phlegmatorrhagies nasales, et, de l'autre, il n'est pas toujours fait mention, à beaucoup près, de l'existence de ces symptômes dans des coryzas où la matière de l'écoulement était du mucus consistant et plus ou moins altéré. La preuve que la ligne de démarcation entre ces deux maladies est loin d'être tracée, c'est que le même fait a pu être placé par les uns dans les rhinorrhées, et par les autres dans les coryzas chroniques. C'est ce qui est arrivé pour une observation citée par Morgagni (1) ; et cet exemple est bien propre à nous prouver combien ces deux états morbides ont d'affinité, puisque, chez la femme qui fait le sujet de cette observation, c'est après une assez longue durée d'un coryza chronique aussi bien caractérisé qu'on puisse le désirer, que l'écoulement abo dant d'un liquide limpide, sans autre symptôme notable, se manifesta peu à pe

Ainsi donc, en attendant que l'observation ait mieux établi les limites qui se-

(1) *De sedibus et causis morborum*, epist. XIV, § 21, t. II, p. 119.

parent le coryza chronique d'une simple rhinorrhée, je les réunis sous la même dénomination, et cela avec d'autant moins de scrupule, que, sous le rapport pratique, la distinction est médiocrement utile, puisque le même traitement leur est applicable.

Les noms d'*enchifrènement*, de *catarrhe nasal*, de *flux nasal*, ont été plus particulièrement donnés au coryza chronique. Sauvages décrit un *coryza phlegmatorrhagica*, qui n'est autre chose que le flux nasal qu'on a appelé, dans ces derniers temps, *rhinorrhée;* il constitue sa seconde espèce.

Il n'est pas possible d[...]e, même approximativement, quelle est la *fréquence* du coryza chronique ; dans quelle proportion des cas il succède au coryza aigu. Ce sont autant de questions qui ne sauraient être résolues que par de nombreuses observations. Cette maladie n'est pas très fréquente.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

S'il est difficile de trouver des causes prédisposantes au coryza aigu, il l'est bien plus encore de découvrir celles du coryza chronique ; non qu'il soit avéré que ces causes échappent à nos moyens d'investigation, mais parce que les observations sont restées presque toujours muettes sur ce point, et que, selon toutes les apparences, on a négligé de recueillir les renseignements nécessaires.

De tous les vices organiques indiqués comme prédisposant à cette maladie, le *vice scrofuleux* est le plus généralement admis, et de tous les âges, ce sont l'*enfance* et l'*adolescence* (où les scrofules se montrent le plus souvent) qui, suivant les auteurs, éprouvent le plus fréquemment le coryza chronique. Il n'y a sans doute rien que de très vraisemblable dans cette opinion ; mais, en pathologie, il faut se garder d'ajouter une foi aveugle aux opinions les plus vraisemblables, et, en pareil cas, c'est encore un appel à l'observation que nous devons faire.

Nous allons voir, dans le paragraphe suivant, que la *suppression d'une sueur habituelle des pieds* a produit dans plusieurs cas un coryza chronique ; les personnes qui sont sujettes à cette transpiration locale doivent donc se regarder comme prédisposées à cette affection. En est-il de même de tout autre *flux ancien*, ou de la *constipation*, ou de la *vie sédentaire?* Je cherche des faits, et je ne trouve que des opinions.

2° Causes occasionnelles.

Dans les cas où le coryza chronique ne succède pas au coryza aigu, quelles sont ses causes déterminantes? Suivant les auteurs, ce sont la *disparition d'un exanthème, d'un flux ancien* quelconque, et l'*action de vapeurs, de poudres irritantes* sur la membrane pituitaire. Mais, d'après l'observation, parmi ces causes, il n'en est que deux dont l'action soit réellement constatée : la *suppression d'une sueur habituelle des pieds*, et l'*usage immodéré du tabac à priser*. Quant à la première, Mondière (1) en a fourni des exemples, et l'un d'eux est surtout très remarquable par

(1) *Mém. sur la sueur habituelle des pieds et les dangers de sa suppression* (Journ. *l'Expérience*, 1838, n° 31, p. 489).

la promptitude avec laquelle l'apparition du coryza a suivi la suppression de la transpiration partielle, par la longue durée de la maladie et par sa prompte disparition dès que la sueur des pieds a été rappelée. Le docteur Cournette (1) a aussi observé un cas dans lequel la liaison entre le coryza et la suppression de la transpiration est peut-être encore plus marquée. Il s'agit d'une demoiselle qui présentait des sueurs âcres considérables et bornées aux pieds et à la main gauche ; toutes les fois que, par une cause quelconque, ces sueurs étaient supprimées, il survenait un écoulement de sérosité très âcre, et, chose remarquable, par la narine gauche seulement.

C'est en faisant abandonner l'usage du tabac à priser, qu'on s'est assuré qu'il était la cause occasionnelle du coryza chronique. Dans tous les cas, en effet, où il en était ainsi, l'inflammation de la pituitaire disparaissait rapidement dès que cette membrane cessait d'être en contact avec la poudre irritante. Nous en avons vu un exemple très remarquable chez une vieille femme qui avait l'habitude de prendre du tabac depuis plus de quarante ans ; à l'âge de soixante-cinq ans environ, il lui survint un coryza qui dura plusieurs mois, et qui se dissipa en quelques jours, dès que l'usage du tabac fut suspendu. Peu de temps après, ayant voulu reprendre ses anciennes habitudes, elle fut de nouveau affectée d'un coryza rebelle, qui céda de la même manière et ne se reproduisit que lorsque la femme eut entièrement renoncé au tabac. Pour qu'une pareille cause agisse efficacement, il faut une prédisposition toute particulière, et dont la nature nous est entièrement inconnue.

§ III. — Symptômes.

Dans le coryza chronique, la *sensation douloureuse* qui résulte de l'inflammation de la pituitaire est très variable, et même elle peut manquer tout à fait. Souvent il n'existe qu'un sentiment de gêne et d'obstruction des fosses nasales, avec pesanteur vers la racine du nez ; dans quelques cas, les malades éprouvent des picotements et un peu d'ardeur ; mais, à moins qu'il ne survienne une exacerbation et que la maladie n'acquière momentanément un certain degré d'acuité, jamais la douleur n'est aussi vive que dans le coryza aigu.

Une augmentation notable de la *sécrétion nasale* est assurément le symptôme le plus saillant ; mais la quantité et la qualité du produit sécrété sont extrêmement variables. Dans le plus grand nombre des coryzas chroniques, il y a un écoulement de mucus plus ou moins séreux, ayant un certain degré d'âcreté, et déterminant par son passage la *rougeur des narines* ; c'est alors principalement qu'ont lieu l'*ardeur des fosses nasales*, les *picotements* et les *éternuments* répétés.

Dans d'autres cas, le mucus est plus épais, jaune ou verdâtre, ou même gris ardoisé, et il existe une tension, une pesanteur vers la racine du nez, avec *enchifrènement* ou avec une sensation constante de gêne dans les narines ; il y a simplement alors excrétion de petits fragments de *mucus concret*, difficiles à détacher, et que souvent le malade est obligé d'attirer dans la gorge par de fortes aspirations, pour les rejeter ensuite en crachant.

Enfin, et c'est là le coryza auquel on a donné le nom de *rhinorrhée*, l'écoulement est purement séreux ; il n'a pas d'âcreté, ne détermine ni picotements, ni tension, ni rougeur, et constitue à lui seul toute la maladie. Tel était le flux nasal

(1) *Journ. de méd.* Paris, 1790, t. LXXXII, p. 45.

dont Sauvages fut lui-même affecté. Cet auteur rapporte (1) que deux fois dans la nuit il lui survint, sans aucun symptôme de catarrhe, un écoulement par le nez d'*une humeur limpide, lymphatique, abondante*, et ajoute-t-il, *semblable à celle qui s'écoule pendant un froid intense, surtout chez les vieillards*. Il n'y avait, avec cet écoulement, aucun autre symptôme.

L'*odeur* du mucus excrété peut, dans quelques cas, être insupportable; le coryza constitue alors la maladie qui autrefois portait le nom de *fœtor narium*, *dysodia*, et que plus tard on a appelée *punaisie*, *odeur de punais*. Quelques auteurs ont voulu faire de cette espèce de coryza un véritable ozène; mais ils ont oublié que le mot *ozène*, bien qu'il n'ait été imposé à la maladie que pour désigner la mauvaise odeur du mucus excrété, n'a cependant été donné qu'à la *dysodie* qui s'accompagne d'ulcérations de la membrane pituitaire. Le coryza chronique, quelle que soit la puanteur qui s'exhale des fosses nasales, ne change réellement pas de nature; car l'odeur du mucus excrété n'est qu'une circonstance tout à fait accessoire. Mais, dans les cas où cette odeur se manifeste, est-il prouvé qu'il n'existe aucune ulcération de la pituitaire? Malgré une exploration attentive, on n'a pu en découvrir aucune dans des cas cités par MM. J.-J. Cazenave (de Bordeaux) et Trousseau; à l'article *Diagnostic*, nous entrerons dans une discussion plus étendue à ce sujet. L'odeur de punais est très fétide, insupportable; elle rend la maladie beaucoup plus sérieuse.

La *quantité* de mucus excrété est très variable. Chez les uns, en effet, le produit de la sécrétion est si peu abondant, qu'il se concrète sur les parois des fosses nasales, et forme des croûtes ou des pelotons irréguliers qui ne peuvent être expulsés qu'en se mouchant avec effort, ou par un *reniflement* prolongé; chez les autres, au contraire, le liquide, limpide et transparent comme du sérum, s'écoule goutte à goutte et sans interruption, de sorte que la perte peut être assez considérable pour déterminer un dépérissement général. C'est ce qui avait lieu chez la femme vénitienne observée par Morgagni (2); elle perdait une demi-once de mucus nasal toutes les heures. Au bout d'un certain temps, cette femme *commençait à s'exténuer*, lorsqu'elle se présenta à Morgagni. C'est dans les cas regardés comme des rhinorrhées qu'a lieu cette excrétion si abondante. Règle générale : plus le mucus excrété est épais; moins il est abondant. Lorsque le malade est couché sur le dos, l'écoulement a lieu par l'ouverture postérieure des fosses nasales, et le mucus tombe dans le pharynx, d'où il est rejeté par l'expuition.

Le *goût* de la matière de l'écoulement est quelquefois salé, surtout quand il est limpide; parfois il est nauséabond; quelquefois aussi, mais très rarement, le mucus est insipide.

Le coryza chronique, sauf l'amaigrissement et l'affaiblissement dont il vient d'être parlé, et qui n'ont été observés que rarement, ne s'accompagne *pas de symptômes généraux*, excepté aux époques des exacerbations qu'on observe dans la plupart des cas, et où la maladie revient momentanément à l'état aigu, dont elle présente alors tous les symptômes.

Une remarque faite par M. J.-J. Cazenave (de Bordeaux), c'est que les sujets affectés de coryza chronique, même très léger, *n'ont pas la voix pure*, et se fati-

(1) *Nosologie*, t. II, p. 376.
(2) *De sedibus et causis morborum*, epist. XIV, § 21, t. II, p. 119.

guent promptement en parlant et en chantant. Au bout d'un temps très court, les sons deviennent aigres et criards, et des picotements incommodes qui excitent la toux se font sentir dans la gorge.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* du coryza chronique est presque toujours très lente. Cette affection *débute* ordinairement par des symptômes de coryza aigu, et c'est au moment où une amélioration marquée dans les symptômes peut faire croire à une guérison prochaine, que commence véritablement le coryza chronique. La maladie, une fois établie, est sujette à des *exacerbations* plus ou moins fréquentes, et dont la durée peut être plus longue que celle d'un coryza aigu ordinaire ; on en voit des exemples dans les observations citées par les auteurs, et principalement dans la 114ᵉ observation de Wepfer (1). Pendant les exacerbations, qui quelquefois duraient plusieurs semaines, les symptômes étaient très violents ; le malade ne pouvait ni lire, ni écrire, ni supporter la lumière ; il éprouvait une chaleur intense et une tension extrême dans la tête, etc.

La *durée* de la maladie est illimitée. On a cité des exemples qui prouvent qu'elle peut se prolonger pendant toute la vie des malades. En général, si un traitement efficace, ou la suppression de la cause productrice, ne viennent y mettre un terme, le coryza chronique n'a aucune tendance à guérir. Dans quelques cas, au contraire, après avoir employé sans succès un grand nombre de moyens thérapeutiques, on a vu la maladie, livrée à elle-même, diminuer d'abord peu à peu, puis disparaître complétement, sans qu'on ait pu en découvrir la cause. Ce fut le cas de la malade examinée par Morgagni, et dont l'observation a été répétée partout.

Cependant, malgré cette longue durée, et quels que soient les signes de dépérissement qui se sont manifestés chez certains sujets, on n'a cité aucun cas de *terminaison* funeste du coryza chronique.

§ V. — Lésions anatomiques.

Celles qui ont été trouvées après la mort, comme celles qu'on peut observer sur le vivant, par l'inspection attentive des fosses nasales, ne diffèrent pas sensiblement des lésions observées dans le coryza aigu, du moins d'après la description qu'on en trouve dans les auteurs. La *couleur* seule de la muqueuse épaissie et ramollie se montre ordinairement un peu différente. C'est, en effet, dans les cas où le coryza a duré longtemps qu'on a trouvé les taches ardoisées qui sont les traces d'une inflammation ancienne, et qui donnent à la muqueuse un aspect marbré.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* du coryza chronique consiste uniquement à distinguer cette affection des autres maladies également chroniques qui peuvent affecter les fosses nasales. Je me bornerai donc à rechercher les différences qui existent entre le coryza chronique, l'impétigo des narines, le coryza ulcéreux ou ozène, les polypes et le cancer des fosses nasales.

1° L'*impétigo* peut être borné aux narines, et souvent alors il détermine, dans ses

(1) *Observ. medic. practicæ : De affect. capitis*. Schaphusii, 1727.

attaques successives, la plupart des phénomènes du coryza. Le nez devient douloureux, il offre de la tension et de la rougeur; la sécrétion du mucus est augmentée; il y a une certaine difficulté de respirer, des picotements, des éternuments; puis se forment des croûtes noirâtres qui obstruent l'ouverture antérieure des fosses nasales. Comment donc distinguer cette maladie d'un coryza? En suivant avec attention la marche de la maladie, on voit que dans les intervalles des éruptions, la partie affectée prend parfois un aspect bien meilleur que dans le coryza. Au début de l'éruption, on peut distinguer les pustules saillantes de l'impétigo; et enfin ces croûtes dont je viens de parler sont trop remarquables par leur épaisseur, leur abondance, leur ténacité, pour appartenir à une inflammation simple de la muqueuse. Plusieurs auteurs ont fait de la formation de ces croûtes un symptôme ordinaire du coryza; en examinant les observations, on est bientôt convaincu qu'il y a eu de la part de ces auteurs erreur de diagnostic, ou du moins confusion de deux maladies distinctes.

2° Lorsqu'il n'existe aucune fétidité dans le coryza, on ne saurait le confondre avec l'*ozène* proprement dit (rhinite ulcéreuse, syphilitique ou non), qui a pour caractère l'odeur de punais exhalée par les narines. Mais de ce que cette fétidité existe, il n'en faut pas conclure qu'il y ait des ulcérations dans les fosses nasales. MM. J.-J. Cazenave et Trousseau ont cité des cas de punaisie où rien ne prouvait l'existence des ulcères. On peut se demander, il est vrai, si nos moyens d'exploration sont suffisants, et si l'on peut s'assurer, dans quelques cas que ce soit, qu'il n'y a pas un ou plusieurs de ces ulcères hors de la portée de la vue. C'est là une question insoluble dans l'état actuel de la science, et par conséquent il est impossible de se prononcer sans restriction sur ce point particulier de diagnostic. Aussi n'avons-nous admis le coryza simple chronique, avec fétidité de l'haleine nasale, que provisoirement, et parce que rien ne démontre qu'il n'existe pas. C'est à l'observation à prononcer. Quoi qu'il en soit, on ne peut guère acquérir quelques notions positives sur la présence ou l'absence des ulcérations dans la *punaisie*, que par l'inspection directe ou à l'aide du crochet mousse, comme le fait M. Cazenave. La couleur, la consistance du mucus, la présence de quelques filets de sang dans les matières excrétées, ne sont pas des signes sur lesquels on puisse compter. Un seul, lorsqu'il se manifeste, ce qui n'a guère lieu que dans l'ozène syphilitique, permet de porter un diagnostic sûr sans le secours de l'inspection des cavités nasales : c'est l'affaissement des os propres du nez, leur crépitation et leur expulsion par portions nécrosées. Lors donc que ces derniers symptômes n'existeront pas, il faudra recourir à l'examen des fosses nasales, suivant le procédé de M. Cazenave (de Bordeaux), procédé que nous décrirons à l'occasion de l'ozène proprement dit (1).

3° Lorsque les *polypes* et le *cancer des fosses nasales* ont fait de grands progrès, il est facile de les reconnaître; mais dans les premiers temps, il n'en est pas de même. Ces affections, en effet, peuvent commencer par de l'enchifrènement, un embarras marqué dans la respiration, un écoulement muqueux variable; en un mot, par tous les signes de l'inflammation chronique. Comment alors les distinguer? Pour les polypes, une obstruction des fosses nasales, augmentant dans les temps humides, ou lorsqu'il y a une congestion sanguine vers la tête, et souvent des saigne-

(1) Voy. plus loin l'article *Coryza ulcéreux*.

ments de nez d'une abondance variable, sont les signes distinctifs, tant que la vue et le toucher ne peuvent pas faire reconnaître l'existence du corps étranger. Pour le cancer, ces signes consistent dans une tuméfaction du nez, une rougeur plus ou moins étendue de la peau qui le recouvre, et des douleurs beaucoup plus vives dans le coryza. La destruction d'une partie du nez ne tarde pas, dans ces derniers cas, à venir confirmer le diagnostic. Au reste, cette partie de l'histoire du coryza chronique, comme presque toutes les autres, a encore grand besoin d'être éclairée par l'observation exacte et méthodique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du coryza chronique simple et de l'impétigo des narines.*

CORYZA CHRONIQUE SIMPLE.	IMPÉTIGO DES NARINES.
Inflammation continue, ou du moins persistance des symptômes à un degré notable dans l'*intervalle des exacerbations*.	Parfois guérison apparente dans l'*intervalle des éruptions*.
Pas de pustules au début des exacerbations.	*Pustules d'impétigo*, surtout au début des éruptions.
Point de *croûtes*. (On ne doit pas confondre le mucus concret avec de véritables croûtes.)	*Croûtes* épaisses obstruant les narines.

2° *Signes distinctifs du coryza chronique simple, avec fétidité ou odeur de punais, et du coryza ulcéreux (ozène non syphilitique).*

CORYZA CHRONIQUE SIMPLE.	CORYZA ULCÉREUX NON SYPHILITIQUE.
Mucus rarement teint de sang. (Signe douteux.)	Quelques filets de sang dans le *mucus*. (Signe douteux)
Inspection : On n'aperçoit aucune *ulcération*.	*Inspection* : *Ulcérations* de profondeur et d'étendue variables sur la pituitaire.
Le crochet mousse, étant introduit dans les fosses nasales, peut être promené dans tous les sens, *sans être arrêté par les bords d'une ulcération*.	L'extrémité du crochet mousse *est arrêtée par le bord saillant ou décollé d'une ou plusieurs ulcérations*.

Ces deux derniers signes, lorsqu'ils sont positifs, ne laissent aucun doute ; mais lorsqu'ils sont négatifs, il n'est pas parfaitement prouvé que le coryza soit simple, quoiqu'on ait bien des motifs de le croire. D'où il suit que le diagnostic du coryza chronique simple avec fétidité et du coryza ulcéreux n'est point positif, dans toute la rigueur du mot.

Lorsque la fétidité n'existe pas, il n'y a pas de doute, le coryza est simple.

3° *Signes distinctifs du coryza chronique avec fétidité et du coryza ulcéreux syphilitique (ozène syphilitique).*

CORYZA CHRONIQUE SIMPLE AVEC FÉTIDITÉ.	CORYZA ULCÉREUX SYPHILITIQUE (OZÈNE SYPHILITIQUE).
Inspection, ut suprà.	*Inspection*, ut suprà.
Le nez *conserve sa forme*.	Nez *déformé*, déprimé vers la racine.
Pas de *crépitation*.	*Crépitation* des os propres du nez.
Point de débris d'os dans le mucus.	*Portions d'os nécrosés* rendues avec le mucus.
Antécédents : Absence de symptômes vénériens primitifs. (Douteux.)	*Antécédents* : Symptômes vénériens primitifs.
Pas d'autres *symptômes syphilitiques*.	Existence d'autres *symptômes de syphilis constitutionnels*, tels que syphilides, ulcères, etc.

4° *Signes distinctifs du coryza simple chronique et des polypes commençants.*

CORYZA SIMPLE CHRONIQUE.	POLYPES.
Simple *enchifrènement*, diminuant souvent après l'expulsion des masses de mucus concret.	*Obstruction* des fosses nasales, ne diminuant pas par l'expulsion du mucus ; augmentant dans les temps humides et lorsqu'il y a congestion sanguine à la tête.

Plus tard, l'exploration lève toutes les difficultés.

5° *Signes distinctifs du coryza simple chronique et du cancer commençant des fosses nasales.*

CORYZA SIMPLE CHRONIQUE.	CANCER COMMENÇANT.
Tuméfaction du nez *nulle* ou très médiocre.	*Tuméfaction* plus ou moins considérable du nez dans toute son étendue, ou dans une partie seulement.
Rougeur de la totalité ou d'une partie de la peau qui recouvre le nez.	*Pas de rougeur* de la peau du nez, si ce n'est, dans quelques cas, à l'ouverture des narines.
Douleur nulle ou médiocre.	*Douleurs* quelquefois *intenses*.

Plus tard, la destruction du nez, dans le cancer, vient lever tous les doutes.

Pronostic. — D'après ce que j'ai dit de la terminaison de cette maladie, on peut juger que le pronostic n'est jamais très-grave. Mais pouvons-nous reconnaître à quelque signe si la maladie sera rebelle à nos moyens de traitement, et si le mucus, d'abord inodore, ou n'ayant qu'une faible odeur fade, a de la tendance à devenir fétide ? L'inflammation d'abord simple de la pituitaire peut-elle prendre un mauvais caractère et devenir ulcéreuse ? Il vaut mieux avouer notre ignorance sur tous ces points que de nous exposer à émettre de fausses assertions, car l'observation nous fait complétement défaut.

§ VII. — Traitement.

TRAITEMENT DU CORYZA PRODUIT PAR DES CAUSES SPÉCIALES.

Lorsqu'il est devenu évident que le coryza a passé à l'état chronique, lorsqu'on est bien sûr qu'il ne s'agit pas de plusieurs atteintes successives de coryza aigu, on doit avant tout rechercher si la maladie n'est pas due à une cause appréciable. Si une de ces causes, comme la disparition de la transpiration des pieds, ou l'usage immodéré du tabac, était constatée, il serait inutile de recourir à un autre traitement qu'à la suppression de la cause elle-même.

Si l'on avait lieu de soupçonner que l'*action du tabac* a déterminé et entretient l'inflammation chronique de la pituitaire, il suffirait d'en prohiber l'usage et d'employer quelques lotions émollientes, pour voir l'écoulement, et avec lui tous les autres symptômes, disparaître en peu de jours.

S'il s'agit d'une *suppression de la transpiration des pieds*, on mettra en usage le traitement suivant, qui a réussi constamment entre les mains de Mondière (*loc. cit.*) :

Ire Ordonnance.

CORYZA CAUSÉ PAR LA SUPPRESSION D'UNE TRANSPIRATION HABITUELLE DES PIEDS.

Traitement de Mondière. — 1° Le malade couvrira ses pieds avec d'épaisses chaussettes de laine, par-dessus lesquelles il mettra des chaussettes de taffetas gommé, doublées à l'extérieur de calicot, afin de leur donner plus de solidité. (Par ce moyen simple, on rétablit la transpiration, qui est quelquefois si abondante, que Mondière a vu des malades être obligés de changer cinq ou six fois par jour leurs chaussons de laine, pour maintenir la transpiration.)

2° Si ce moyen ne suffit pas, on fera prendre le soir au malade des bains de pied de sable chaud de la manière suivante :

Faites recouvrir de plusieurs doubles d'étoffe de laine les pieds et le bas des jambes du malade, et, ces parties étant introduites dans un baquet, remplissez-le de sable aussi chaud qu'on pourra le supporter.

Ces bains doivent être prolongés d'une demi-heure à une heure. Immédiatement après le bain, recouvrir les pieds avec la chaussure ci-dessus indiquée.

3° Se couvrir le corps de flanelle; éviter le froid et l'humidité.

Dans un cas fort remarquable cité par Mondière (obs. 8), il a fallu *six bains* de sable chaud pour rappeler la transpiration des pieds et faire cesser un coryza qui durait *depuis douze ans.*

Dans le cas où l'on pourrait croire que la maladie est due à la *suppression d'un autre flux*, il faudrait employer des moyens appropriés, que je ne crois pas devoir indiquer ici.

Traitement du coryza chronique offrant quelques restes d'acuité. — Dans le cas où il n'existerait aucune cause appréciable, il faudrait rechercher si le coryza ne présente pas quelques symptômes d'acuité, car c'est par eux qu'on devrait commencer le traitement. De simples émollients, quelques minoratifs, de légers sudorifiques, et des rubéfiants portés sur les extrémités, sont les moyens généralement usités. Il suffit de les grouper dans la prescription suivante :

IIe Ordonnance.

CORYZA CHRONIQUE OFFRANT QUELQUES SYMPTÔMES DE L'ÉTAT AIGU.

1° Pour tisane : Infusion de fleurs d'œillet édulcorée avec le miel de sureau.

2° Huit ou dix fois par jour, aspirer par les narines du lait tiède, coupé avec moitié d'eau (Sauvages), ou bien faire, matin et soir, une fumigation émolliente ou balsamique (Martin-Solon).

3° Un minoratif; le suivant, par exemple :

℞ Séné................ 30 gram. | Eau bouillante.......... 240 gram.

Passez au bout d'une demi-heure, et ajoutez :

Manne.. 30 gram.

Faites dissoudre. A prendre en deux fois, le matin à jeun, à une demi-heure d'intervalle.

4° Un pédiluve sinapisé tous les soirs ; le malade devra y rester vingt minutes.

5° Se couvrir le corps de flanelle ; éviter le froid et l'humidité. S'abstenir de mets épicés et de liqueurs fortes.

Il est impossible de dire quelle est l'efficacité de ce traitement, des études suffisantes n'ayant pas été faites à ce sujet. Dans la plupart des observations que nous possédons, il a été employé sans succès ; mais faut-il en conclure qu'il a presque toujours échoué ? Non, sans doute, et par une raison bien simple : les auteurs, lorsqu'ils ont cité les observations, ne l'ont guère fait que pour prôner un traitement particulier, et pour cela ils ont choisi les cas où, les moyens ordinaires ayant été inutiles, leur nouveau moyen a réussi. Quant aux cas où le traitement ordinaire a eu du succès, il n'en est pas fait mention.

Si la prescription précédente restait sans effet, on pourrait recourir à des moyens à peu près semblables, mais un peu plus énergiques ; d'où l'ordonnance suivante :

III° Ordonnance.

1° Pour tisane, infusion de violettes à boire chaude et par grandes tasses.

2° Exposer, deux fois par jour, les fosses nasales à la vapeur du vinaigre projeté sur un fer rouge (Ettmuller) : c'est surtout lorsque le mucus est très épais que cette fumigation doit être employée.

3° Appliquer un vésicatoire ou un cautère à la nuque (Wepfer).

4° Le soir, cataplasmes sinapisés aux deux jambes.

5° Deux ou trois fois par jour, faire usage du masticatoire suivant :

℞ Racine de pyrèthre	4 gram.	Mastic	4 gram.

Pour trois mastications. Il faut recommander aux malades de mâcher continuellement ces substances, pendant un quart d'heure environ, en ayant bien soin de rejeter la salive qu'elles font affluer dans la bouche.

6° Précautions hygiéniques comme dans la prescription précédente.

L'usage du *masticatoire* a été conseillé pour opérer une dérivation puissante sur la muqueuse buccale, et pour ouvrir une autre voie au liquide qui s'écoule en abondance par le nez ; c'est pour remplir les mêmes indications que l'empoi du *tabac à fumer* a été prescrit. « L'un de nous, disent les auteurs de l'article CORYZA du *Dictionnaire de médecine*, a, dans un cas de coryza intense et rebelle à tous les autres moyens, conseillé avec succès l'usage journalier de la pipe à tabac. »

Martin-Solon (1) conseille les *fumigations balsamiques ;* mais la plupart des cas sont trop graves pour céder à une pareille médication. Tout ce qu'on peut en attendre, c'est un peu de soulagement de quelques symptômes.

Avant de passer au traitement topique proprement dit, il est utile de faire connaître une *poudre sternutatoire* employée par le docteur Schneider, de Fulde (2), et qui réussit dans un cas où l'expiration de l'air par le nez était si fétide, que la présence du malade était insupportable dans un salon. Voici sa composition :

℞ Camphre	0,40 gram.	Germandrée maritime	0,30 gram.
Résine de gaïac	0,50 gram.	Sucre blanc	0,30 gram.

Mêlez et faites une poudre parfaitement homogène et très ténue.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1834.

(2) *Casper's Wochenschrift*, extrait dans le *Journ. des conn. méd.-chir.*, septembre 1844.

Le malade s'en servit en guise de tabac, et, au bout de quinze jours, il était parfaitement guéri.

Traitement par les topiques. — Dans ces derniers temps, où le traitement des inflammations des muqueuses par les topiques a été si fréquemment employé, on n'a pas négligé de l'appliquer à la muqueuse nasale. MM. J.-J. Cazenave et Trousseau ont surtout préconisé l'efficacité de ces moyens, et ont fourni, pour preuve, des observations assez nombreuses. Voyons d'abord la manière dont M. le professeur Trousseau traite le coryza chronique.

« Les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse olfactive accompagnaient, dit-il, suivaient ou précédaient si souvent celles de la peau; *on les voyait si fréquemment débuter par une maladie cutanée*, qui d'abord occupait la lèvre supérieure ou l'ouverture antérieure du nez, pour pénétrer ensuite au dedans, que je dus penser tout d'abord à leur opposer les mêmes moyens thérapeutiques que ceux dont l'efficacité avait été si souvent constatée dans le traitement des maladies de la peau (1). »

Ces premières considérations nous font d'abord connaître une circonstance fâcheuse, c'est que plusieurs maladies différentes ont été confondues. On a vu, à l'occasion du diagnostic de l'impétigo et du coryza chronique, que, bien qu'il y ait dans ces deux maladies des symptômes communs, il existe cependant des différences notables; or, comme il est évident, d'après les paroles de M. le professeur Trousseau, que les affections de la peau, propagées à la muqueuse nasale, ont été prises par lui, ainsi que par presque tous les auteurs, pour des coryzas, il s'ensuit que le traitement a été appliqué à des maladies diverses, ce qui nous empêche de connaître positivement l'efficacité de ce traitement, dans le coryza en particulier. Voici les moyens recommandés par M. le professeur Trousseau :

Traitement de M. Trousseau. —Voulant combattre principalement la maladie de la peau, c'est au *mercure* que ce médecin a d'abord recours. Il emploie une poudre et une solution. La poudre est ainsi composée :

Poudre mercurielle.

℞ Protochlorure de mercure (précipité blanc)..... 1,20 gram.	Oxyde rouge de mercure. 0,60 gram.
	Sucre candi en poudre... 16,00 gram.

Mêlez exactement.

Chez les enfants, le médecin ou la personne chargée de donner des soins au petit malade insufflera la poudre à l'aide d'un tube; les adultes l'aspireront eux-mêmes. L'insufflation ou l'aspiration doit avoir lieu six ou huit fois par jour, après que les fosses nasales ont été débarrassées, à l'aide de lotions, des mucosités concrètes qui les tapissent. Une pincée de la poudre est suffisante pour chaque aspiration.

« Il est assez ordinaire, ajoute M. le professeur Trousseau, que la poudre, entraînée par l'inspiration, soit portée dans l'arrière-gorge, mêlée aux mucosités qui y arrivent lentement et successivement. Si les malades avalaient ces mucosités, il pourrait en résulter d'assez graves inconvénients: des nausées, des coliques, de la diarrhée,

(1) *Nouveau traitement de la punaisie (ozène) et du coryza chronique (Journ. des connaissances méd.-chir., t. II, p. 294, mai 1835).*

et, ce qui est bien pis, la salivation mercurielle. Nous n'avons jamais vu ces accidents se produire, parce que nous avons constamment recommandé aux personnes soumises à ce traitement de rejeter par l'expuition le mucus qui tombait dans la gorge. » Cette sage recommandation ne devra jamais être omise par le praticien.

Si la poudre ne produit pas des effets satisfaisants, on aura recours à la solution dont voici la formule :

Solution de sublimé.

℞ Deutochlorure de mercure........ .... 6 gram.

Faites dissoudre dans :

Alcool rectifié.. Q. s.

Ajoutez :

Eau distillée... 380 gram.

Il faut bien se garder d'employer cette solution pure ; elle déterminerait des accidents fort graves ; ainsi on mettra :

De la solution précédente, une ou deux cuillerées à café

dans eau chaude................................ un verre.

Pour deux aspirations, ou mieux denx injections par jour.

Cette dose, indiquée par M. Trousseau, est néanmoins un peu modifiée dans un autre passage de son article, car il dit : « On commence par une très faible dose, et à mesure que diminue la susceptibilité de la membrane olfactive, on augmente la dose proportionnelle du sublimé, de manière à provoquer toujours une légère cuisson et un peu de larmoiement. Lorsque le mal semble être guéri, on diminue progressivement la quantité du sublimé, et l'on arrive insensiblement jusqu'à ne plus faire que des injections d'eau pure chaude. »

Doses. — Cette dernière manière de doser le médicament est la plus prudente : c'est pourquoi on commencera par *un quart de cuillerée à café*, et ainsi de suite, toujours dans la même quantité d'eau : *un verre*. Il n'est pas nécessaire de dépasser la dose de deux cuillerées à café, cette quantité ayant toujours une action marquée.

Pour prévenir les récidives, qui, suivant M. Trousseau, sont faciles, principalement en hiver, par les vents secs et froids, et chez les femmes au moment de l'époque menstruelle, cet auteur prescrit l'usage de la poudre mercurielle trois ou quatre jours par mois, pendant cinq ou six mois.

Le défaut de diagnostic précis empêche, comme je l'ai dit plus haut, de savoir positivement à quoi s'en tenir sur l'efficacité réelle de ces moyens. Cependant M. Trousseau cite quelques cas où, bien qu'il existât une fétidité marquée, rien ne prouvait qu'on eût affaire à une autre maladie qu'à un coryza simple, et où le succès fut

complet ; mais M. J.-J. Cazenave en cite aussi quelques-uns où ce traitement a échoué, en sorte que tout ce qu'il est permis de dire, en l'absence de recherches plus positives, c'est que, dans certains cas indéterminés, le traitement précédent a très bien réussi.

Avant M. Trousseau, M. le docteur J.-J. Cazenave (de Bordeaux) s'était occupé particulièrement du coryza chronique et de l'ozène. Le traitement qu'il a appliqué à ces deux affections est identiquement le même, en sorte que je crois devoir en renvoyer la description à l'article *Coryza ulcéreux, ou ozène*. Je dirai seulement ici que, dans les cas où les moyens de M. Trousseau avaient été inutilement employés, M. J.-J. Cazenave a obtenu une guérison complète à l'aide de la *cautérisation par le nitrate d'argent sec*, qui forme la base de son traitement. Aussi M. Trousseau lui-même dit-il qu'aussitôt qu'on aura lieu de penser que les injections ou les insufflations de poudre mercurielle n'ont point sur la maladie l'action qu'on devait en attendre, il faut recourir à la cautérisation telle qu'elle est pratiquée par M. J.-J. Cazenave.

Toutefois il est des cas où la cautérisation doit être pratiquée d'une manière particulière. Tel était celui qu'a fait connaître M. le docteur Lalanne (1). Le mal s'étendait, d'une part, aux conduits nasaux, aux muqueuses palpébrales, et de l'autre au voile du palais et à l'isthme du gosier. M. Lalanne dut porter sur les parties malades un caustique liquide à l'aide de petits instruments de bois enveloppés de linge à leur extrémité, et s'appropriant par leurs formes aux points qu'il fallait atteindre. Les caustiques employés étaient : 1° le *nitrate d'argent* (30 à 40 centigrammes dans dix à vingt gouttes d'eau) ; cette solution servait pendant deux ou trois séances faites à deux ou trois jours d'intervalle ; 2° l'*acide nitrique* (six à huit gouttes unies à vingt gouttes de miel rosat), caustique qu'on substituait au précédent ; 3° puis on employait l'*acide sulfurique* à la même dose et de la même manière que l'acide nitrique, et ensuite on recommençait. La guérison fut obtenue en trois mois.

Traitement par le poivre cubèbe uni au carbonate de fer. — J. Black a cité (2) un exemple remarquable de guérison de coryza chronique par le poivre cubèbe. Il importe donc de donner quelques détails sur la manière dont le traitement a été dirigé. M. Black jugea d'abord à propos de combiner le cubèbe avec le carbonate de fer, et il fit la prescription suivante :

℞ Poivre cubèbe.......... 6 gram. | Carbonate de fer............. 1,3 gram.

Mêlez. Divisez en trois paquets, à prendre, dans du pain à chanter, pendant la journée, à des distances égales.

Au bout de trois jours de ce traitement, les symptômes s'amendèrent beaucoup, l'écoulement nasal diminua, et la maladie marcha vers la guérison, non toutefois sans quelques légères rechutes. On diminua alors peu à peu la dose de la poudre. Au bout de quelque temps, une rechute ayant eu lieu, la maladie reprit sa première intensité.

Traitement par le poivre cubèbe seul. — Black voulut savoir si c'était au poivre

(1) *Analyse succincte de l'ouvrage de M. Cazenave, etc.*.
(2) *The Lancet*, 1840.

cubèbe ou au carbonate de fer qu'il fallait rapporter la suppression de l'écoulement. Le carbonate de fer, ayant d'abord été prescrit pendant une semaine, ne produisit aucun effet; alors le poivre cubèbe fut employé seul et eut une action remarquable. L'écoulement diminua immédiatement et disparut au bout de quinze jours; cinq mois après, il n'avait pas reparu. On continua l'administration du poivre cubèbe pendant quinze jours après la cessation de tous les symptômes.

Bien que cette expérience ait besoin d'être répétée pour qu'on puisse porter un jugement définitif, toujours est-il que ce qui a eu lieu dans ce cas intéressant doit engager les praticiens à recourir à ce moyen, lorsque l'écoulement est limpide et abondant, et ne peut pas être tari par les divers traitements indiqués plus haut.

L'action du cubèbe sur cet écoulement nasal assimile celui-ci à l'écoulement uréthral chronique, à la blennorrhée. Il sera donc permis d'essayer quelques moyens qui réussissent dans cette dernière maladie. Ainsi on pourrait prescrire le *baume de copahu* et les *injections astringentes*. Mais ce n'est là qu'une indication que je donne en passant, afin que l'observation et l'expérimentation puissent nous éclairer plus tard.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Combattre les causes spéciales, s'il en existe; rappeler la transpiration habituelle des pieds, faire cesser l'usage du tabac à priser, etc. ; 2° légers sudorifiques; émollients, minoratifs ; rubéfiants aux extrémités; fumigations légèrement irritantes vers les fosses nasales ; masticatoires irritants ; sternutatoire du docteur Schneider; 3° médication topique proprement dite : poudres ou solutions mercurielles (Trousseau) ; cautérisation par le nitrate d'argent (Cazenave) ; 4° emploi du poivre cubèbe (Black), ou d'autres moyens propres à tarir, par voie indirecte, les écoulements muqueux.

APPENDICE.

Fétidité des narines, punaisie, dysodie (Sauvages).

Je crois devoir dire un mot de ce symptôme dans un article à part, parce que plusieurs auteurs en ont fait une maladie particulière et indépendante de toute inflammation et ulcération des fosses nasales, et aussi parce que, dans certains cas de punaisie, il est assez difficile de dire s'il existe ou non un coryza, soit simple, soit ulcéreux.

Dans les cas précédemment mentionnés et dans ceux qui sont relatifs à des sujets adultes et bien conformés, nul doute que l'irritation hypercrinique ne fût la cause de la punaisie comme des autres symptômes ; mais chez certains individus qui ont une mauvaise conformation des fosses nasales, chez les *camards*, ou chez les enfants dont la racine du nez est déprimée, une inflammation chronique de la pituitaire est-elle nécessaire pour la produire ? Si l'on en croit Sauvages, il n'en est nullement besoin. Dans son article *Dysodia* (*puanteur*), cet auteur consacre un paragraphe à ce qu'il appelle *Dysodia a rhinostenote*, qu'il définit ainsi : « Fétidité des narines due à la rétention prolongée du mucus, ou *de l'air*, par suite de l'étroitesse de ces cavités. »

D'abord, il est évident que la rétention prolongée de l'air est contraire aux lois physiologiques ; mais poursuivons.

D'après Sauvages, l'étroitesse des fosses nasales est multiple : 1° *Nares sunt resimæ*, c'est-à-dire que le nez est déprimé vers sa racine (punaisie de camards) ; 2° les fosses nasales sont obstruées par un polype, un sarcome ou du mucus épaissi; 3° elles sont obstruées par une excroissance ou une fluxion. On voit que les cas seuls de la première catégorie peuvent être regardés comme offrant une fétidité essentielle des narines ; mais le fait est-il fondé sur l'observation ? Il est impossible de le dire, puisque nous n'avons que l'assertion de Sauvages.

D'après ces considérations, il est peu important d'examiner séparément ce symptôme ; car, d'une part, ce que nous connaissons du traitement du coryza chronique simple et du coryza chronique ulcéreux prouve qu'il n'est nullement besoin de moyens particuliers pour combattre l'odeur qui s'exhale des narines, ce symptôme disparaissant le premier, lorsqu'on réussit à guérir le coryza ; et de l'autre, il n'est pas parfaitement prouvé que, même chez les camards et chez les jeunes enfants, il ne faille pas un certain degré de coryza, et peut-être même des ulcérations, pour donner lieu à la punaisie. Je vais toutefois rapporter ce que Sauvages nous apprend à propos du traitement :

Si, dit-il, la dysodie est due à la dépression des fosses nasales, elle est incurable, et tout ce qu'on peut faire, c'est d'employer les moyens palliatifs suivants :

IVe Ordonnance.

MOYENS PALLIATIFS CONTRE LA PUNAISIE.

1° Chaque jour, inspirer à plusieurs reprises de l'eau tiède, rendue odoriférante (avec l'essence de menthe, un peu d'eau de Cologne, etc.), de manière à débarrasser les fosses nasales du mucus odorant qui les obstrue.

2° Faire usage du tabac à priser ; inspirer par les narines d'autres poudres odoriférantes, ou enduire ces cavités d'une pommade contenant des odeurs.

3° On peut joindre à ces moyens palliatifs la substance reconnue aujourd'hui comme le désinfectant par excellence, le *chlore*. Ainsi on aspirera cinq ou six fois par jour de l'eau tiède dans laquelle on aura mis *un sixième de chlorure de chaux liquide*.

Ajoutons que tous ces moyens n'ont qu'un effet momentané, tandis que la cause de la fétidité est incessante ; en sorte qu'ils ne constituent que de faibles palliatifs. Dans les cas où la dysodie était due à un coryza, ils n'ont point eu de succès réel, tandis que le symptôme disparaissait promptement dès qu'on commençait à se rendre maître de l'inflammation chronique.

Chez les jeunes enfants qui ont une dysodie par suite de la dépression de la racine du nez, il est permis, suivant Sauvages, d'attendre la guérison du temps. Lorsque l'enfant avance en âge, la racine du nez s'élève, les fosses nasales prennent de l'ampleur, l'air trouve un passage plus libre, et le mucus, moins épais, s'échappe plus facilement. Ce sont là autant d'assertions qui, comme tant d'autres que j'ai déjà signalées et celles que j'aurai encore à signaler en nombre infini, doivent être soumises à une observation rigoureuse.

ARTICLE IV.

CORYZA ULCÉREUX (*rhinite ulcéreuse*, *ozène*).

Cette maladie est fort anciennement connue, non-seulement dans ses symptômes, si faciles à constater, mais encore dans ses lésions. Le nom d'*ozène* a été, en effet, imposé par les Grecs à une affection qui consiste dans un ou plusieurs ulcères des fosses nasales, dans la présence de croûtes nombreuses dans ces cavités, et dans l'exhalaison d'une odeur fétide par les narines (1). Néanmoins plusieurs auteurs, et principalement des auteurs modernes, ont étendu au delà de ces limites le cercle de cette maladie ; ils ont donné le nom d'*ozène* à toute affection des fosses nasales qui produit une odeur très fétide. C'est là une erreur qui, bien qu'autorisée par l'étymologie, ne saurait être limitée, et qui n'a point été commise par les célébrités médicales de l'autre siècle. La fétidité de l'air expulsé par les narines ne constitue qu'un simple symptôme commun à plusieurs maladies très différentes ; et même, si l'on en croit les anciens, et en particulier Sauvages (voy. pag. 127), cette fétidité peut exister sans aucune lésion de la membrane pituitaire, et ne reconnaître pour cause qu'un simple vice de conformation des cavités nasales. Aussi Laz. Rivière, Fernel, Sauvages, Wepfer, etc., etc., ont-ils distingué avec soin la maladie à laquelle ils ont donné les noms de *fœtor narium*, *dysodia*, de l'ozène proprement dit, ou *ulcère fétide*. Percy et Laurent (2) définissent l'ozène : « Une *ulcération* de la muqueuse des fosses nasales, du *voile du palais* et du *sinus maxillaire*, qui, versant un pus fétide, imprègne l'air qui se trouve en contact avec lui d'une odeur si rebutante, qu'on l'a comparée à l'exhalaison insupportable que répand une punaise écrasée, d'où le nom de punais. »

Faut-il admettre sans restriction la définition de ces deux auteurs ? Nous ne le pensons pas. On trouve un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'existence des ulcérations paraît bien démontrée, sans que toutefois il y ait eu cette fétidité si repoussante des narines. Ce sont là des ulcères bénins ou simples de quelques chirurgiens (3). Fallait-il faire, des ulcères fétides et non fétides, deux maladies distinctes ? Non évidemment ; car, dans les descriptions qui nous ont été laissées, nous ne trouvons dans ces lésions, à part la fétidité, aucun caractère qui puisse faire distinguer l'ulcère fétide de celui qui ne l'est pas. La fétidité est donc un phénomène que nous ne pouvons rapporter à aucun état particulier de la lésion matérielle ; c'est, pour ainsi dire, un simple accident. Bien plus, on voit, dans certaines observations, des ulcères, d'abord peu douloureux et ne donnant lieu à aucune odeur fétide, bénins par conséquent, changer de caractère au bout d'un certain temps, et prendre tous ceux des ulcères malins qui constituent l'ozène proprement dit. Par tous ces motifs, j'ai cru devoir, sous le titre de coryza ulcéreux, ou rhinite ulcéreuse, faire l'histoire des ulcérations des fosses nasales, quelles qu'elles soient, me réservant d'exposer dans chaque article ce qu'il peut y avoir de spécial dans l'ozène proprement dit.

(1) Celse, *De remed.*, lib. IV, cap. V, sect. 1.
(2) *Dictionnaire des sciences méd.*, t. XXXIX, p. 71, art. OZÈNE.
(3) Deschamps, *Dissert. sur les maladies des fosses nasales*, an XI, p. 189 et suiv. — Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VI, p. 97 et suiv.

Cette manière d'envisager le sujet est nouvelle; mais elle ne diffère pas de celle qui est aujourd'hui généralement adoptée pour les diverses lésions des autres muqueuses. Pour n'en citer qu'un exemple, nous dirons qu'on divise la laryngite en autant d'espèces qu'il y a de lésions fondamentales : ainsi nous avons la laryngite simple, aiguë et chronique, et la laryngite ulcéreuse, qui correspondent parfaitement au coryza simple et au coryza ulcéreux dont je trace l'histoire. Cette division a donc déjà pour elle l'analyse; mais, ne l'eût-elle pas, il ne faudrait pas moins la proposer, à cause de sa simplicité et de l'ordre logique dans lequel elle présente les faits.

§ I. — Définition, espèces, synonymie, fréquence.

D'après ce qui vient d'être dit, on doit donner le nom de *coryza ulcéreux*, ou de *rhinite ulcéreuse*, à toute ulcération de la muqueuse nasale. Il faut toutefois en excepter les cancers ulcérés, par la raison que ces affections, d'une nature toute particulière, attaquent les parties beaucoup plus profondément, et sont moins caractérisées par l'ulcération à laquelle elles donnent lieu que par la dégénérescence des tissus qui la précède.

Si l'on s'en rapporte aux opinions des auteurs, on peut admettre trois *espèces* distinctes de coryza ulcéreux : 1° coryza ulcéreux simple (ulcères bénins): 2° coryza ulcéreux malin (ulcères malins); 3° coryza ulcéreux syphilitique (ulcères syphilitiques); ces deux derniers seuls présentent une odeur fétide des narines qui leur a valu le nom d'*ozène*. Nous ne mentionnons pas ici les ulcères scorbutiques de la pituitaire, qui constituent une espèce distincte dans les anciens auteurs, parce que nous n'avons trouvé nulle part la preuve qu'il y eût quelque chose de particulier dans ces ulcères, et que leur nature scorbutique n'est pas démontrée.

Quand on a lu les observations et les descriptions pathologiques avec attention, on ne peut se défendre de quelques doutes sur l'existence de la première espèce. Que l'on consulte en effet l'ouvrage de Boyer qui l'a longuement décrite, on verra que les caractères qu'il lui donne peuvent très bien s'appliquer à l'impétigo des narines, quoiqu'il ait négligé de rechercher la présence des pustules caractéristiques. Si donc, dans notre description, nous traitons à part du coryza ulcéreux simple, c'est uniquement parce qu'on trouve quelques observations dans lesquelles, sans qu'on soit sûr qu'il n'existait pas un impétigo, on ne reconnaît pas tous les caractères de l'ozène proprement dit, et surtout la fétidité; nous exposerons l'état de la science, tout en signalant les lacunes que l'observation a encore à combler.

Le *coryza ulcéreux* a reçu un assez grand nombre de noms différents, dont j'ai déjà eu occasion d'en mentionner plusieurs; les plus répandus sont les suivants: *rhinite ulcéreuse; ulcères bénins ou simples, ulcères malins, ulcères syphilitiques; fétidité des narines, punaisie; ozène; ozène ulcéreux, ozène syphilitique; ozène vénérien.*

La *fréquence* du coryza ulcéreux ne peut être déterminée d'après des recherches positives. Sans doute on trouve un très grand nombre d'exemples de cette maladie dans les auteurs anciens et modernes; mais il n'en faut pas conclure qu'elle doive être rangée parmi les plus fréquentes. Elle a, en effet, fixé dans tous les temps l'attention des médecins, et il n'est pas extraordinaire qu'on en ait rassemblé beaucoup d'observations. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'elle

n'est point rare. Des trois espèces indiquées plus haut, la plus fréquente, sans contredit, est la dernière, c'est-à-dire l'ozène syphilitique. Non-seulement les exemples d'ulcères vénériens abondent, mais encore les résultats du traitement doivent nous faire admettre que, dans un bon nombre de cas, où la nature de la maladie n'a pas été formellement indiquée, la lésion était due au virus syphilitique.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il est extrêmement difficile de découvrir, dans les faits que possède la science, des causes prédisposantes bien positives. Voici quels sont les renseignements les plus précis que nous fournissent les observations.

Suivant les auteurs, les *âges* les plus exposés à l'ozène ulcéreux sont l'enfance et l'adolescence. Les observations que nous avons sous les yeux sont presque toutes relatives à des sujets qui ont moins de trente ans, mais nous n'en trouvons pas au-dessous de dix ans. Il en existe peut-être qui nous sont inconnues ; mais comme nous avons consulté un très grand nombre d'auteurs, on doit admettre que la maladie est rare dans les premières années de la vie. Un fait rapporté par M. J.-J. Cazenave (1) est fort remarquable sous le point de vue de l'âge du sujet : « M. N... le père, dit cet auteur, fut punais jusqu'à l'âge de vingt-cinq ou vingt-six ans, et guérit sans traitement aucun. » Ce fait semble confirmer l'opinion des auteurs, puisque, selon toutes les apparences, la guérison a été due aux progrès de l'âge. Il faut ajouter que les choses ne se passent pas ordinairement ainsi, et qu'à moins d'être guéri par un traitement efficace, l'ozène persiste indéfiniment. Peut-être aussi ne s'agissait-il, dans le cas qui vient d'être cité, que de la punaisie (voy. page 305) des camards, et non d'un coryza ulcéreux fétide.

Le *sexe* a-t-il quelque influence sur la production de l'ozène ? C'est ce qu'on ne saurait dire dans l'état actuel de la science.

Ayant admis un ozène scrofuleux, on a dû regarder nécessairement le *tempérament lymphatique* comme offrant des circonstances favorables au développement de cette maladie. Mais les auteurs n'ont émis à ce sujet que de simples assertions, et l'on chercherait en vain un nombre suffisant de faits détaillés qui prouvent rigoureusement que les scrofules sont une cause prédisposante de l'ozène. Toutefois nous savons que les scrofuleux sont sujets à des inflammations chroniques du nez, et, par conséquent, il n'est pas permis de nier ou d'affirmer que ces inflammations puissent dégénérer en ozène. L'opinion des auteurs n'est donc point invraisemblable ; seulement, je le répète, elle n'est pas mise entièrement hors de doute.

On a aussi décrit un *ozène scorbutique*, d'où il suivrait que ceux qui présentent quelques signes de scorbut seraient plus que les autres sujets à l'ozène ; mais la preuve de cette assertion n'existe nulle part.

Ce que nous avons dit plus haut de la confusion qui s'était introduite dans le diagnostic du coryza ulcéreux et de l'impétigo des narines suffit pour nous faire rejeter l'existence de l'*ozène dartreux*.

Plusieurs faits pourraient être cités en faveur de l'*hérédité* dans cette maladie.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1839, n° 28, p. 445.

Ainsi, dans le cas de M. Cazenave, cité plus haut, on voit le père et le fils être atteints de cette affection, tous deux ayant une dépression marquée de la racine du nez. Mais on n'a pas encore fait sur ce point des recherches assez exactes pour qu'on puisse savoir quel est le degré d'influence de cette cause, et même si elle existe réellement; car, dans les cas où on l'a signalée, il pouvait y avoir une simple coïncidence. On a généralement admis que les sujets qui avaient une dépression marquée de la racine du nez et les narines écrasées étaient fréquemment atteints d'ozène.

Les individus *très sujets au coryza simple* sont-ils plus disposés que d'autres à être affectés de coryza ulcéreux ? C'est encore une question qu'il faut joindre aux nombreuses questions à étudier. Quelques auteurs ont néanmoins prétendu que cette cause existait réellement, mais nous n'avons pas trouvé les faits sur lesquels ils se sont appuyés.

2° Causes occasionnelles.

L'ozène est-il *contagieux?* Rien ne le démontre positivement. Cependant un fait qui peut inspirer quelques doutes à cet égard, et qui mérite d'être signalé, est rapporté par Staudigelius (1). Les quatre fils d'un paysan furent pris, en effet, dans la même semaine, d'un ozène avec fétidité insupportable. Il faut ajouter qu'au moment où la maladie se déclara avec le plus de force, ces enfants n'étaient point rassemblés, en sorte qu'on peut expliquer cette simultanéité de l'apparition de l'ozène soit par une contagion qui n'aurait donné lieu à des symptômes assez marqués pour attirer l'attention qu'à une époque assez éloignée, soit par un vice de famille dont les effets se seraient fait sentir à peu près à la même époque. Ce sont là de simples présomptions, qui auraient pu avoir un degré plus élevé de probabilité si l'observation n'était pas très sobre de détails importants, et si elle avait été recueillie avec le soin qu'on y apporte aujourd'hui.

Boyer cite parmi les causes occasionnelles l'*extirpation d'un polype*. Il est plus que probable que ce célèbre chirurgien a observé des faits de ce genre; mais il n'en cite pas d'exemples, et l'on n'en trouve pas dans les auteurs. Au reste, le coryza ulcéreux produit par cette cause, comme par toutes les autres causes externes, est un coryza sans fétidité; c'est l'ulcère simple ou bénin de Deschamps et Boyer.

Les *causes* du *coryza simple* peuvent-elles produire le coryza ulcéreux ? D'après plusieurs auteurs il faudrait l'admettre; car, suivant eux, le coryza simple peut dégénérer en coryza ulcéreux. Si l'on nous citait des faits dans lesquels les choses se sont positivement passées ainsi, il faudrait se rendre à l'évidence; mais il n'en est rien, et comme le coryza caractérisé dès le début par l'ulcération de la pituitaire doit nécessairement présenter plusieurs signes du coryza ordinaire, tels que picotements du nez, éternuments, sentiment d'obstruction, etc., il s'ensuit qu'il faut apporter à l'examen du malade une très grande attention pour s'assurer que, dans le principe, le coryza consistait uniquement dans une inflammation pure et simple de la muqueuse, inflammation devenue ulcéreuse plus tard. Ceux qui admettent l'existence de cette cause comme démontrée pensent que de fréquentes *irritations* exercées sur les fosses nasales avec les doigts et avec des instruments destinés à

(1) *Ephem. nat. curios.*, dec. ann. VII et VIII, obs. CXCV, *De ozæna in quatuor fratribus.*

porter les médicaments sur la membrane muqueuse, ou déterminées par l'action de ces médicaments eux-mêmes, suffisent pour faire prendre au coryza un caractère qu'il n'avait pas d'abord, et pour le faire passer à l'état ulcéreux.

Mais de toutes les causes, celle qui est le mieux démontrée est sans contredit l'*action du virus vénérien*, soit qu'il y ait une infection ancienne et généralisée, soit que le contact direct ait déterminé les ulcérations syphilitiques. L'existence et la puissance de cette cause sont mises hors de doute par un grand nombre de faits, dans lesquels les antécédents, les symptômes vénériens concomitants et l'action favorable et rapide des préparations mercurielles, se réunissent pour les rendre manifestes. Nul doute que dans un bon nombre de cas où les sujets ont affirmé qu'ils n'avaient jamais contracté la maladie vénérienne, cette cause n'ait existé, soit que les malades aient trompé le médecin, soit qu'ils aient eu à leur insu les accidents primitifs de la syphilis.

§ III. — Symptômes.

1° Coryza ulcéreux non fétide (ulcères simples ou bénins de la membrane pituitaire, Deschamps, Boyer).

Suivant Boyer, les ulcérations simples ont ordinairement leur *siége* à la partie antérieure de la cloison des fosses nasales, au point de réunion de sa portion cartilagineuse et de sa portion osseuse. Elles ont une dimension variable; mais le plus souvent elles ne dépassent pas en profondeur l'épaisseur de la membrane pituitaire; leur surface est rouge et granuleuse.

La *douleur* est faible ou nulle; quelquefois il n'existe qu'une démangeaison incommode qui porte les malades à introduire fréquemment leurs doigts dans les narines, ce qui peut retarder la guérison.

Si l'on se rappelle ce qui a été dit plus haut, à propos de l'*aspect du mucus* dans le coryza chronique simple, on comprendra que ce produit de la sécrétion pituitaire puisse être altéré dans sa consistance, sa couleur, etc., sans qu'on doive nécessairement attribuer cette altération aux ulcères; mais ordinairement, dans ces ulcères bénins, le mucus lui-même est à l'état normal; seulement la matière fournie par les ulcères vient se mêler à lui sous forme de croûtes noirâtres qui sont enlevées par les malades, ou qui se détachent spontanément.

Cette description, nous la donnons telle que nous l'avons trouvée, sans la garantir dans tous ses détails. Que de choses ne faudrait-il pas, en effet, pour prouver, en l'absence de toute observation, que les auteurs n'ont pas confondu des maladies diverses? Comment les ulcères ont-ils été examinés? A-t-on suivi avec soin leurs progrès? Dans les cas où leur présence a été bien constatée, n'est-il survenu aucun autre phénomène que ceux qui viennent d'être décrits, et la fétidité surtout n'a-t-elle eu lieu à aucune époque de la maladie? Aujourd'hui que M. J.-J. Cazenave a établi les principes d'une bonne exploration des fosses nasales, on pourra, par de nouvelles observations, résoudre ces questions douteuses; ce ne sera pas toutefois sans difficulté : on a beaucoup de peine à découvrir de petites ulcérations qui se cachent dans les profondeurs de ces cavités, et, dans quelques cas même on ne peut les apercevoir.

2° Coryza ulcéreux fétide (ozène proprement dit).

Nous avons dit plus haut que, relativement aux causes, il y avait deux espèces principales de coryza ulcéreux fétide : ce sont le *coryza ulcéreux syphilitique* et le *coryza ulcéreux non syphilitique*. La première question qui se présente est donc de savoir si, dans leurs symptômes propres, ces deux espèces présentent quelques différences qui puissent les faire distinguer. En parcourant les observations et les descriptions générales dont la science a été enrichie par les anciens et par les modernes, il est impossible d'y découvrir aucun signe distinctif de quelque importance, et l'on est toujours réduit à avoir recours, soit à des symptômes ayant un autre siége que les fosses nasales, soit aux renseignements fournis par le malade. Il ne faut donc pas songer à faire une description particulière pour chacune de ces deux espèces, quoique les auteurs qui ont écrit sur l'affection syphilitique aient fait l'histoire d'un ozène vénérien.

Nous n'avons pas une bonne description des *ulcérations* qui constituent la lésion essentielle de l'ozène ; les anciens auteurs se bornent presque tous à dire que l'ozène est dû à des ulcères sanieux, sordides, de mauvaise nature, mais ils ne nous donnent pas de détails précis sur leur siége, leur aspect, leur étendue, etc. Dans leurs observations, les modernes sont entrés dans des détails très intéressants ; mais les ulcérations ont des caractères trop divers, suivant les cas, et les faits sont encore trop peu nombreux, pour qu'on puisse présenter autre chose que des généralités un peu vagues. Voici ce qui résulte des faits.

Le *siége* des ulcérations est variable; cependant M. J.-J. Cazenave les a le plus souvent trouvées vers la racine du nez, soit dans la portion de pituitaire qui tapisse les os propres, soit dans la portion voisine du vomer. Leur *étendue* ne varie pas moins : quelquefois elles sont nombreuses et très petites ; plus ordinairement on n'en trouve que deux ou trois assez grandes ; en un mot, elles sont d'autant moins étendues qu'elles sont plus nombreuses.

La *forme* de ces ulcérations ne saurait être décrite d'une manière générale, parce que les descriptions particulières manquent totalement. La plupart de celles dont la forme a été mentionnée étaient irrégulières. Leur *profondeur* est très variable ; le plus souvent, d'après les descriptions que nous possédons, elles sont profondes, car l'altération parvient jusqu'aux os, dont quelques parties nécrosées sont expulsées par les narines. C'est au reste un résultat auquel on devait s'attendre, après ce qui a été dit de la grande fréquence du coryza ulcéreux syphilitique, qui attaque les os avec une prédilection si marquée. Dans ces cas, les bords des ulcérations sont irréguliers, boursouflés et décollés plus ou moins loin, de manière à former de petits clapiers où le pus, en séjournant, acquiert la plus grande fétidité. On constate aussi un épaississement et souvent un ramollissement de la muqueuse environnante.

En même temps que se développent ces ulcérations, un *liquide mucoso-purulent* est sécrété et s'échappe, soit par les narines, soit par l'ouverture postérieu des fosses nasales, soit enfin, ce qui est le cas le plus ordinaire, par l'une ou l'a tre de ces voies. Les anciens se contentent de désigner ce liquide par les mots *sanie*, de *mucus sanieux*, d'*ichor putride*, etc. Mais, dans les observations M. J.-J. Cazenave, on voit que le plus souvent la matière de la sécrétion se prése

à l'ouverture des narines sous la forme d'un liquide épais, jaune verdâtre, vert, brunâtre, ou sous celle de croûtes plus ou moins adhérentes et brunes. Parfois cette matière se concrète vers l'ouverture postérieure des fosses nasales, et c'est alors que les malades sont obligés de faire une forte aspiration par le nez pour la faire tomber dans le pharynx, et l'expulser ensuite.

La présence de ce mucus dans les fosses nasales détermine plusieurs effets différents. Il obstrue mécaniquement ces cavités; et cette *obstruction*, jointe à celle que produit l'épaississement des parties molles, occasionne l'enchifrènement, commun à cette maladie et au coryza simple. Mais ce qui est particulier à la première de ces deux affections, c'est l'*odeur infecte* de ce mucus nasal. Quelques auteurs anciens attribuent principalement cette odeur à la rétention de la matière de l'excrétion; il faut reconnaître qu'elle est le plus souvent inhérente à cette matière, même au moment de sa production; car, lors même que les cavités nasales sont parfaitement débarrassées et que le mucus n'a pu y séjourner, l'haleine du malade reste fétide. Toutefois il est permis de penser que la rétention de cette matière vient ajouter encore à sa fétidité.

L'odeur repoussante qui s'exhale des narines des sujets affectés de coryza ulcéreux fétide a été comparée à celle d'une punaise écrasée, et c'est ce qui a fait donner à la maladie le nom de *punaisie*, et aux malades celui de *punais*. Cette odeur n'est pas constamment la même : dans un cas, par exemple, elle ressemblait à l'odeur de la sueur des pieds. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'elle est pénétrante, nauséabonde, et rend insupportable le voisinage de ceux qui l'exhalent. Cette puanteur est le symptôme que les malades regardent comme le plus grave, et qui presque toujours les engage à recourir au secours de la médecine.

Dans un certain nombre de cas qu'il est impossible de déterminer, on remarque à l'extérieur du nez une *déformation* qui en occupe le plus souvent la racine, mais qui parfois se montre dans les autres parties. Un gonflement avec une douleur plus ou moins marquée existe dans le lieu affecté, et la pression y trouve une résistance pâteuse; quelquefois une rougeur livide s'empare de la peau, et par la pression on détermine une crépitation marquée; enfin, si une portion d'os nécrosé vient à se détacher et s'échappe, soit par l'intérieur des fosses nasales, soit à travers la peau ulcérée, le point correspondant s'affaisse; si c'est vers la racine du nez, celui-ci est raccourci, sa pointe est relevée, et il est comme écrasé et aplati entre les yeux. Quand un côté du nez est seul attaqué, il y a une espèce de distorsion de l'organe. Lorsque c'est par la peau que s'est échappée la portion d'os nécrosé, une cicatrice irrégulière vient encore ajouter à la difformité. C'est le plus souvent dans le coryza ulcéreux syphilitique que les choses se passent ainsi. Dans un cas observé par M. Priou (de Nantes), (1) il survint au côté gauche du nez une tumeur grosse comme une noisette, qui s'ouvrit au dehors et se cicatrisa rapidement.

Suivant quelques auteurs anciens, et Fernel en particulier, les altérations des parois osseuses ne seraient pas limitées à la partie supérieure des fosses nasales, et *souvent* il y aurait perforation de la voûte palatine elle-même (2). Il n'est pas prouvé que, dans les cas où il en était ainsi, on n'eût pas affaire à un véritable cancer des fosses nasales.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1836, vol. IV, p. 727.
(2) Fernel, *Pathologia*, lib. V, cap. VII, *De morb. narium*, édit. 1679.

A ces lésions de l'organe primitivement affecté se joignent, si le mal envahit le sac et le canal nasal, des *signes d'ophthalmie* et un *épiphora* continuel : c'est ce qu'ont observé Percy et Laurent (*loc. cit.*).

Les auteurs anciens ont avancé que les *ulcérations pouvaient occuper les sinus, et surtout les sinus maxillaires;* mais on ne trouve nulle part la moindre trace d'une description de ces ulcères. D'après Morgagni (1), il a été démontré par Drakins que la source du mucus fétide ou de la sanie peut exister dans les sinus; mais il est impossible de savoir si, dans les cas où il en est ainsi, il existe réellement des ulcérations, ou s'il ne s'agit que d'un simple coryza fétide propagé aux sinus, ou si enfin la maladie n'est pas un véritable carcinome de ces cavités. Le peu de précision dans le diagnostic et le peu de détails dans les descriptions rendent notre jugement, à ce sujet, très difficile et très incertain. Au reste, en supposant que des ulcérations se développent dans une membrane aussi fine que celle des sinus, on ne pourrait soupçonner le véritable siége de la maladie que dans le cas où des symptômes très marqués se joindraient à un sentiment de tension et d'obstruction dans l'une de ces cavités, et à une intégrité parfaite de toute la partie des fosses nasales accessible à nos moyens d'exploration.

Si, comme on l'a fait généralement jusqu'à présent, on donne le nom d'*ozène* à toute maladie caractérisée par un écoulement de matière sanieuse par le nez et une odeur fétide s'exhalant de cet organe, on peut dire que, dans un bon nombre de cas, cette affection est *très douloureuse*, car les cancers se trouvent du nombre. Si, d'après ce qui a été dit plus haut, ces dernières lésions sont réservées pour être étudiées à part, on peut affirmer qu'à moins de nécrose des os, de périostite et d'abcès, la *douleur* est peu considérable; de sorte que le coryza ulcéreux syphilitique, qui produit ces désordres, serait presque seul véritablement douloureux à certaines époques de son existence. C'est un point qui demande de nouvelles recherches.

Le coryza ulcéreux ne présente ordinairement pas d'autres symptômes que les symptômes locaux qui viennent d'être décrits. On a vu des sujets en être affectés pendant longues années sans que leur santé en ait souffert et sans qu'il soit survenu aucune complication. Mais si une inflammation aiguë, déterminée soit par les progrès de la lésion locale, soit par une rhinite contractée dans la saison froide et humide, vient se joindre à la maladie principale, la céphalalgie et un mouvement fébrile plus ou moins marqué peuvent être observés.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* du coryza ulcéreux est presque toujours chronique; cependant on a cité des cas dans lesquels à une marche rapide venaient se joindre des symptômes d'acuité bien marqués. Le *début* est le plus souvent insidieux : on croit avoir affaire à un coryza léger, ne présentant d'autres symptômes qu'un peu d'enchifrènement et une sécrétion de mucus légèrement augmentée; mais, au bout d'un certain temps, les symptômes sérieux qui ont été décrits plus haut se manifestent, et, après leur apparition, font des progrès continuels. C'est là ce qui explique pourquoi

(1) *De sedibus et causis morborum*, epist. XIV, 22.

Percy et Laurent (*loc. cit.*) ont dit que l'ozène débute toujours par un coryza simple ; assertion qui est bien loin d'être exacte, comme le démontrent les observations. Dans quelques cas, les auteurs *affirment* que le début a été marqué par un coryza intense. Mais s'agissait-il d'une inflammation simple ? Les recherches sont trop insuffisantes pour qu'on puisse répondre à cette question.

Quant à la *durée* de l'affection, elle est indéterminée. On l'a vue se prolonger pendant plus de cinquante ans. En général, lorsqu'un traitement efficace n'est pas mis en usage, le coryza ulcéreux n'a aucune tendance à la guérison.

En ayant soin de mettre de côté, ainsi que je l'ai fait, les cancers et les polypes de mauvaise nature, on peut dire que le coryza ulcéreux, fétide ou non fétide, syphilitique ou non, n'a point une *terminaison* funeste. Même dans les cas d'ozène syphilitique, lorsque la mort survient, c'est qu'elle est causée par une maladie d'une nature différente, ou par une lésion profonde de nature syphilitique, siégeant dans un autre organe.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans la description des ulcérations, étudiées comme symptômes, nous avons donné de nombreux détails qui nous laissent peu de chose à ajouter. Des décollements de la muqueuse, son épaississement, son ramollissement, sa destruction dans plusieurs points ; des portions d'os mises à nu ; d'autres détachées, rugueuses, friables, brunes ou noirâtres ; des clapiers contenant une sanie fétide : voilà ce qu'on a vu sur les cadavres ; et par là s'est trouvée confirmée l'opinion des anciens, qui, pour la plupart, admettaient l'existence de l'ulcère dans cette maladie, quoique dans beaucoup de cas, ils n'aient pas pu l'apercevoir.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Bien des questions se présentent dans le diagnostic de l'ozène ; il faut, en effet, distinguer cette affection de toutes celles qui pourraient lui ressembler, et, de plus, étudier avec soin les diverses espèces de coryza ulcéreux, car chacune d'elles peut demander un traitement particulier. Nous divisons ce paragraphe en deux parties distinctes : dans la première il va être question des diverses espèces de coryza ulcéreux, et dans la seconde je chercherai les signes distinctifs des maladies qu'on pourrait confondre avec elles.

A. *Diverses espèces de coryza ulcéreux comparées entre elles.*

Suivant Deschamps et Boyer, qui se sont le plus appliqués à distinguer les ulcères simples ou bénins des ulcères malins de la membrane pituitaire, le coryza ulcéreux simple se distingue du coryza ulcéreux malin et invétéré, en ce que, dans le premier, les ulcérations sont peu douloureuses, le mucus nasal n'est pas altéré et est seulement mêlé parfois d'un peu de sang ; il n'y a pas d'odeur fétide, et la guérison est plus facile. Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien ce diagnostic, le seul que nous possédions, est vague et incertain. Le peu de douleur des ulcérations peut se rencontrer dans des coryzas ulcéreux très fétides et très difficiles à guérir ; non-seulement l'odeur fétide peut se développer dans des ulcérations qui

primitivement paraissaient simples, mais encore nous possédons un assez grand nombre de faits dans lesquels tout porte à croire qu'il n'y avait pas même d'ulcération; enfin, le plus ou moins d'efficacité du traitement ne saurait être invoqué, à moins que des expériences suivies, et qui n'ont pas encore été faites, ne viennent prouver que la médication a des effets spéciaux dans le coryza ulcéreux simple et dans le coryza ulcéreux *malin.*

Entre le *coryza ulcéreux non syphilitique* et le *coryza ulcéreux syphilitique*, existe-t-il des différences qui puissent les faire distinguer l'un de l'autre ? J'ai déjà dit que, si l'on cherchait ces différences dans les symptômes propres à ces deux maladies, on ne les trouverait pas. La douleur, la gêne dans les fosses nasales, la fétidité, la nécrose des os du nez, tous ces caractères peuvent leur être communs. Il faut donc de toute nécessité recourir aux renseignements sur les antécédents du malade et à l'examen des autres parties du corps, pour s'assurer s'il n'existe aucun autre signe de syphilis constitutionnelle. Les tumeurs gommeuses, les ulcérations du pharynx, les syphilides, viendront en aide au diagnostic. C'est ainsi que, dans une observation que nous avons sous les yeux, l'apparition d'éphélides nombreuses étant venue éclairer le médecin sur la nature spéciale de la maladie, le mercure, jusqu'alors négligé, fut employé avec succès.

La *nature scrofuleuse* de plusieurs coryzas ulcéreux, dont les auteurs nous ont laissé des exemples et dont M. J.-J. Cazenave a cité un cas très probable, ne peut également être dévoilée que par les antécédents, et surtout par les signes de scrofules existant dans les autres parties du corps, les ophthalmies chroniques, l'engorgement des ganglions cervicaux, les abcès, etc.

Quant à l'*ozène dartreux*, nous avons fait voir qu'il n'était autre chose que l'impétigo des narines ou une autre maladie de la peau offrant des caractères spéciaux, et qu'il ne fallait pas le confondre avec le coryza ulcéreux.

L'*ozène scorbutique* a été admis par presque tous les auteurs anciens, mais on en chercherait vainement des exemples incontestables dans leurs écrits ; son existence est douteuse, et par conséquent on ne saurait en établir le diagnostic.

B. *Coryza ulcéreux comparé aux autres maladies avec lesquelles on pourrait le confondre.*

Ces maladies ne peuvent avoir leur siége que dans les fosses nasales, et l'on peut les ranger dans l'ordre suivant : coryza simple, cancer, polypes, abcès, tumeurs sanguines, *jetage* de la morve chronique.

Le *coryza ulcéreux simple* se distingue du *coryza purement inflammatoire* par l'écoulement du sang, qui, selon Deschamps, est fréquent, et par les croûtes noirâtres qui couvrent les narines ; mais ces signes sont très incertains, et la vue des ulcérations peut seule lever les doutes.

J'ai eu occasion de répéter maintes fois que la fétidité n'était pas un caractère suffisant pour faire distinguer le *coryza chronique* du *simple coryza ulcéreux ;* je reviendrai pas sur ce que j'ai dit à ce sujet dans l'histoire du coryza simple; n comme, de tous les caractères distinctifs, celui qui est fourni par l'inspection est a contredit le plus important et le plus infaillible, il importe d'indiquer comment doit procéder à l'examen des fosses nasales. C'est à M. J.-J. Cazenave que nous en

pruntons les détails qui vont suivre, parce que c'est lui qui a donné les meilleurs préceptes pour l'exploration des parties affectées.

EXPLORATION DES FOSSES NASALES.

Faites asseoir le malade en face d'une fenêtre bien éclairée, et, en lui renversant fortement la tête, faites parvenir les rayons lumineux aussi profondément que possible dans les fosses nasales. La lumière d'une bougie, dirigée convenablement, peut suffire pour l'exploration. Si du mucus concret ou des croûtes masquaient la membrane pituitaire, faites-les tomber à l'aide de lotions émollientes et de fumigations, mais ne les arrachez point. La muqueuse étant débarrassée, on découvre les ulcérations, si elles sont rapprochées de l'ouverture antérieure des narines.

Dans le cas où cette exploration serait sans résultat, prenez un stylet mousse, flexible et recourbé à son extrémité en forme de crochet; introduisez-le dans la fosse nasale aussi profondément que vous pourrez, puis, en le ramenant d'arrière en avant, et en lui faisant faire de légers mouvements de rotation, explorez avec l'extrémité mousse toute la surface de la membrane pituitaire. S'il n'y a pas d'ulcération, le stylet glissera sans s'arrêter, car les anfractuosités qui, sur le squelette, se font remarquer dans les fosses nasales, n'existent pas lorsque les os sont recouverts des parties molles. Si, au contraire, il y a des ulcérations, l'extrémité du stylet sera retenue par leurs bords saillants ou décollés. C'est surtout la partie de la cloison voisine de la voûte du nez et cette voûte qu'il faut explorer d'une manière toute spéciale; car, suivant les observations de M. J.-J. Cazenave, c'est là que les ulcères ontleur siége de prédilection.

Notez avec grand soin le point dans lequel votre stylet aura été arrêté, et en portant son extrémité dans tous les sens, cherchez à déterminer l'étendue de l'ulcère. Ces précautions sont très importantes pour l'application du caustique.

L'*inspection* est encore un des meilleurs moyens de distinguer le *coryza ulcéreux des polypes des fosses nasales*, quelle que soit leur nature; car, outre que la vue des ulcérations ne laisse aucun doute sur l'existence de l'ozène, on peut, dans quelques cas de polypes, apercevoir assez distinctement la tumeur. Mais nous possédons d'autres moyens d'arriver au diagnostic, qui ne laissent pas d'avoir leur valeur. Ainsi, en introduisant le petit doigt dans les fosses nasales, on parvient à constater la présence des polypes; quelquefois on peut les sentir et même les voir dans l'arrière-gorge, derrière le voile du palais; l'obstruction qu'ils déterminent est beaucoup plus considérable que celle qui est produite par le coryza ulcéreux; elle est aussi très variable, c'est-à-dire que dans certains moments, suivant que la tumeur est plus ou moins gorgée de liquides, la difficulté de respirer par le nez est extrême ou presque nulle.

Quant au *cancer*, il est plus difficile de le distinguer du *coryza ulcéreux*, surtout avec l'habitude qu'on a depuis si longtemps de confondre ces deux affections. Chez tous les anciens auteurs, on trouve réunis aux exemples de coryza ulcéreux, syphilitique ou non, des cas dans lesquels les douleurs très vives, le gonflement du nez, l'envahissement de tous ses tissus, qui, après avoir pris une teinte rouge foncé ou livide, finissent par se détruire rapidement en laissant d'horribles pertes de sub-

stance, ne permettent pas de doute sur la nature cancéreuse de l'affection. Le caractère commun, la fétidité, dont nous avons déjà maintes fois apprécié la valeur, suffit-il pour faire regarder comme une même maladie deux états pathologiques qui diffèrent sous tant de rapports? Non, sans doute; et nous ajouterons que si, dans l'un ou l'autre cas, il y a ulcération des tissus, cette ulcération a une importance bien différente, suivant qu'on l'examine dans le coryza ulcéreux, où elle constitue presque toute la maladie, et dans le cancer, où, bien que redoutable, puisqu'elle hâte la destruction du nez, elle n'est néanmoins que secondaire, l'affection pouvant être très bien caractérisée sans elle. Ainsi donc, lorsque les tissus seront profondément affectés, avec douleur vive, tuméfaction considérable, rougeur sombre ou livide, et que plus tard une ulcération faisant toujours des progrès viendra les détruire profondément, on aura affaire à un cancer, et non à un simple coryza ulcéreux.

Les *tumeurs sanguines* et les *abcès de la cloison nasale*, dont Fleming a donné une description (1), pourraient, dans quelques cas, être pris pour un *coryza ulcéreux;* il importe donc d'en indiquer les principaux caractères. Ces lésions ont de commun avec les ulcérations de la membrane pituitaire, d'occasionner l'obstruction des fosses nasales, une gêne notable de la respiration, et, de plus, dans les cas d'abcès, une rougeur vive de la pituitaire. Les caractères différentiels sont les suivants : les *tumeurs sanguines* siégent sur un des côtés de la cloison, ou sur tous les deux à la fois : on les aperçoit facilement en écartant l'aile du nez ; elles se présentent sous la forme d'une proéminence bien limitée, quelquefois très considérable, dure, rénitente et de couleur pourpre noirâtre. Quant aux *abcès*, dans tous les cas où Fleming en a rencontré, ils existaient sur les deux côtés de la cloison, formant une tumeur à large base, douloureuse au toucher, rouge à cause de l'inflammation de la pituitaire, et laissant écouler par l'incision une matière ordinairement peu liée, séro-purulente, qui prenait plus tard une consistance glaireuse. Je n'ai pas besoin de faire voir en quoi ces affections diffèrent du coryza ulcéreux; je dirai seulement que Fleming ne fait aucune mention de la fétidité, quoiqu'il paraisse très vraisemblable que ce signe puisse exister dans les cas d'abcès ouverts, surtout chez les sujets scrofuleux, qui, suivant cet auteur, sont sujets à cette affection. Si la fétidité n'existe pas, c'est une probabilité de plus, mais non une certitude, qu'il n'y a pas d'ulcération.

Dans la *morve*, on observe un écoulement plus ou moins abondant de mucus altéré, avec des symptômes de coryza. Pourrait-on confondre cette maladie avec l'ozène ? Quant à la *morve aiguë*, on ne saurait élever une pareille question ; elle a des symptômes si violents et si multipliés, que l'écoulement muco-purulent par la narine ne peut être pris pour la maladie tout entière. Dans la *morve chronique*, il n'en est pas de même, car les symptômes qui ont leur siége dans les fosses nasales peuvent très bien attirer exclusivement l'attention. Mais si les altérations qui ont lieu dans d'autres parties du corps sont moins frappantes, elles n'en sont pas moins constantes, ainsi qu'on peut le voir dans le savant mémoire de M. Rayer (2), dan

(1) *Journal de Dublin*, extrait dans la *Gazette médicale*, 1833, t. I, p. 798.
(2) *De la morve chronique et du farcin chez l'homme*. Paris, 1837.

celui du docteur W. Hardwicke (1), et dans celui de M. A. Tardieu (2). Ainsi on voit, dans tous les cas cités par ces auteurs, des douleurs, des gonflements des articulations, des ganglions engorgés, des abcès, des ulcérations du palais, du larynx, etc. La fétidité de l'haleine nasale n'a pas été constatée.

Présentons maintenant, dans un tableau synoptique, le résumé de ce diagnostic.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs, d'après les auteurs, du coryza ulcéreux simple et du coryza ulcéreux malin ou fétide (ozène proprement dit).*

CORYZA ULCÉREUX SIMPLE, ULCÈRE BÉNIN (Boyer, Deschamps).	CORYZA ULCÉREUX FÉTIDE, ULCÈRE MALIN INVÉTÉRÉ (Deschamps, Boyer).
Ulcérations *peu douloureuses*.	Ulcérations *douloureuses*, souvent à un haut degré. (Douteux.)
Mucus nasal non altéré, mêlé seulement parfois à un peu de sang.	*Mucus nasal* verdâtre, brunâtre, purulent, fétide.
Guérison facile.	Cure *difficile*.

2° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux non syphilitique et du coryza ulcéreux syphilitique.*

CORYZA ULCÉREUX NON SYPHILITIQUE.	CORYZA ULCÉREUX SYPHILITIQUE.
Point d'infection syphilitique antécédente. (Douteux.)	*Infection syphilitique* antécédente, et principalement chancres.
Point de trace d'infection syphilitique sur aucune autre partie du corps.	*Signes de syphilis constitutionnelle* sur d'autres parties du corps. Ainsi tumeurs gommeuses, syphilides, etc.
Action lente ou nulle du *mercure*. (Douteux.)	*Mercure* procurant une guérison rapide.

On ne trouve dans les lésions appartenant à ces deux espèces aucun caractère parfaitement distinctif.

3° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux non fétide et du coryza simple.*

CORYZA ULCÉREUX NON FÉTIDE.	CORYZA SIMPLE.
Écoulement de sang, à des époques plus ou moins rapprochées (Deschamps).	*Écoulement de sang* moins facile. (Douteux.)
Croûtes noirâtres à l'ouverture des narines (Deschamps).	Point de *croûtes noirâtres*. (Douteux.)
Inspection : On aperçoit les ulcérations. (Seul signe positif.)	*Inspection* : Pas d'ulcérations. (Laisse encore quelques doutes, les ulcérations pouvant siéger hors de la portée de la vue.)
Exploration avec le crochet mousse : *le stylet est arrêté* (Cazenave).	*Exploration* avec le crochet mousse : *le stylet n'est pas arrêté*. (Laisse aussi quelques doutes, car les ulcères peuvent siéger hors de la portée du stylet.)

(1) *Two cases of chronic glanders in the human subject* (*British Annals of med.*, febr. 1837).
(2) *Arch. de méd.* Paris, 1841, t. XII, p. 459. — *De la morve et du farcin chronique chez l'homme.* Paris, 1843, in-4°. — Voy. aussi des observations recueillies dans les hôpitaux, et la discussion à laquelle elles ont donné lieu dans le sein de l'Académie de médecine (*Bull. de l'Acad.*, t. III, p. 68 et suiv.; t. VII, p. 182 et suiv.).

4° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et des polypes des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX.	POLYPES.
Inspection : On aperçoit souvent les *ulcérations*.	*Inspection* : On aperçoit quelquefois la *tumeur*, soit dans les fosses nasales, soit derrière le voile du palais.
Toucher médiat : A l'aide du crochet mousse, on peut sentir la *perte de substance* occasionnée par l'ulcération.	*Toucher immédiat* : A l'aide du petit doigt introduit dans la cavité nasale, on reconnaît la présence du *polype*.
Obstruction des fosses nasales plus continue et moins prononcée.	*Obstruction* des fosses nasales plus prononcée et moins continue.
Ordinairement *fétidité, odeur de punais.*	*Pas de fétidité*, à moins que le polype ne soit de mauvaise nature.

5° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et du cancer des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX.	CANCER.
Ulcérations d'abord superficielles.	Tissus affectés bientôt *dans toute ou presque toute leur épaisseur.*
Gonflement médiocre du nez.	*Gonflement* considérable.
Couleur de la peau du nez naturelle, à moins qu'il n'existe un abcès sous-cutané.	*Peau du nez* d'un rouge foncé ou livide.
L'*ulcération* fait des *progrès lents*; destruction des tissus bornée à la muqueuse et aux os nécrosés.	*Progrès de l'ulcération* rapides; destruction de tous les tissus.
Douleurs médiocres.	*Douleurs* vives, surtout lorsque l'ulcération s'est produite.

6° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux non fétide et des tumeurs sanguines de la cloison des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX NON FÉTIDE.	TUMEUR SANGUINE.
Peut exister aussi bien *sur la voûte* que sur la cloison des fosses nasales.	*Siége sur la cloison.*
Inspection : Ulcérations.	*Inspection : Tumeur* limitée, quelquefois considérable, dure, rénitente, de couleur pourpre noirâtre.
Cause *souvent inconnue.*	Cause : *coup* ou *chute.*

7° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et des abcès de la cloison des fosses nasales.*

CORYZA ULCÉREUX.	ABCÈS.
Siége : Ut suprà.	*Siége* : Sur les deux côtés de la cloison (Fleming).
Inspection : Ut suprà.	*Inspection : Tumeur* à large base, rouge douloureuse au toucher.
Fétidité.	La *fétidité* n'a pas été constatée dans les observations que nous possédons.

8° *Signes distinctifs du coryza ulcéreux et du jetage de la morve chronique.*

CORYZA ULCÉREUX.	JETAGE DE LA MORVE CHRONIQUE.
Siége de la maladie limité aux fosses nasales.	*Maladie générale* dont le jetage n'est qu'un symptôme.
Ni douleur ni gonflement dans les articulations, ni abcès ni engorgement des ganglions, etc., à moins de complication.	*Douleurs, gonflement des articulations, abcès, engorgement des ganglions*, etc.
Fétidité fréquente.	La *fétidité* n'a pas été constatée.

Pronostic. — Après ce que nous avons dit de la terminaison de la maladie, nous n'avons point à nous occuper davantage de la gravité absolue du coryza ulcéreux. Mais le praticien peut être appelé à se prononcer sur plusieurs questions qui intéressent au plus haut point les malades ; il s'agit donc d'indiquer quelles sont ces questions, et comment on peut les résoudre.

1° *Le coryza simple peut-il dégénérer en coryza ulcéreux?* — Nous avons déjà agité cette question, et la conclusion a été que rien ne prouvait réellement qu'il en fût ainsi : c'est uniquement par des vues théoriques et par des hypothèses que plusieurs auteurs ont été portés à admettre cette dégénérescence du coryza simple.

2° *Le coryza ulcéreux bénin et non fétide peut-il dégénérer en coryza ulcéreux malin et fétide?* Il semble, au premier abord, qu'il doive être très facile de se prononcer sur ce point, et cependant le défaut d'observations précises, une étude trop peu approfondie des divers caractères des ulcérations, nous laissent dans le doute. D'une part, nous avons lieu de croire que des ulcères que l'on regardait comme bénins dans le principe avaient déjà le germe de la malignité, pour nous servir du langage de l'école, et de l'autre, il n'est pas parfaitement prouvé que dans les cas où le coryza est resté bénin, il y eût réellement ulcération, l'état de la muqueuse envahie par un impétigo pouvant très bien induire en erreur.

3° *Le coryza ulcéreux tend-il toujours à détruire de plus en plus les parties, ou peut-il rester stationnaire?* Si l'on était sûr que l'ozène est syphilitique, la réponse serait facile ; car on peut voir par de nombreux exemples qu'en pareil cas, si un traitement convenable n'est pas mis en usage, la maladie fait des progrès continuels et finit par produire une déformation considérable du nez. Mais comment savoir si le coryza est ou n'est pas syphilitique ? C'est là une difficulté que l'observation n'a pas encore résolue, et qui rend le plus souvent la solution du problème impossible.

§ VII. — Traitement.

Le traitement du coryza ulcéreux fétide, généralement connu sous le nom d'*ozène*, remonte à une haute antiquité ; une multitude d'auteurs s'en sont occupés dans tous les temps. Aussi est-on plus embarrassé pour mettre un peu d'ordre dans l'exposition de ce traitement, pour découvrir les médications qui ont obtenu quelque faveur, et pour en apprécier les avantages et les inconvénients, que pour rassembler les matériaux nécessaires à un volumineux article. Nous croyons devoir, en cette circonstance, diviser en deux parties l'exposition du traitement de l'ozène. La *première* contiendra les méthodes générales de traitement proposées par les hommes les plus célèbres des siècles passés, mais dont nous ne pouvons pas apprécier rigoureusement l'efficacité, faute de faits ; et la *seconde* présentera le traitement de l'ozène tel qu'il résulte des recherches faites dans les auteurs, tant anciens que modernes, qui ont cité des faits à l'appui.

Section 1re. — Celse (1), qui a distingué les ulcères des fosses nasales en ceux qui sont sans odeur et ceux qui donnent de la fétidité à l'haleine, division à laquelle on peut rapporter celle de Deschamps et de Boyer ; Celse employait contre l'ozène un traitement qui peut se résumer par la prescription suivante :

(1) *De re medica*, lib. VI, cap. v, sect. 1.

Ire Ordonnance.

TRAITEMENT DE CELSE.

1° Introduire dans la narine malade une petite sonde enveloppée de laine et trempée dans un mélange de miel et d'une petite quantité d'*huile de térébenthine* ; recommander au malade d'aspirer jusqu'à ce que le goût de l'essence se fasse sentir.

2° Après avoir fait aspirer par les narines de la vapeur d'eau chaude, y introduire une petite quantité d'*amurca* (marc de l'huile d'olive rendu astringent par son ébullition dans un vase de cuivre), de suc de menthe ou de marrube, ou de vitriol blanc (*atramentum sutorium candens factum*). Ces substances doivent être jointes à une petite quantité de miel, excepté toutefois la préparation de vitriol, dans laquelle la proportion du miel doit être telle, que le remède soit liquide. Le liniment doit être porté dans les narines à l'aide de la sonde enveloppée de laine, comme le précédent, et son application doit avoir lieu deux fois par jour l'hiver et le printemps, et trois fois l'été et l'automne.

3° Si ces remèdes ne suffisent pas, Celse conseille, d'après un certain nombre de praticiens, de recourir à la cautérisation à l'aide du cautère actuel, ainsi qu'il suit :

Prenez une petite canule, portez-la dans la narine jusqu'à ce qu'elle parvienne au siége du mal, et par elle portez jusqu'à ce point un petit fer rougi à blanc. Quelques médecins faisaient même une incision depuis la partie inférieure de la narine jusqu'à la bouche, pour apercevoir l'ulcère à cautériser.

Après la *cautérisation*, il faut oindre le lieu brûlé avec un mélange de *vert-de-gris* et de miel.

En résumé, Celse ne recommande guère qu'une médication topique, qui consiste dans l'emploi des astringents et du cautère actuel.

Le liniment suivant était ordinairement employé par Galien, et c'est le seul médicament qu'on puisse lui emprunter.

Topique de Galien.

℞ Litharge blanche (*spuma argenti*)............	12 gram.	Écorce de grenade........	āā 8 gram.
Céruse.............	8 gram.	Alun scissile............	

Réduisez ces substances en poudre fine; mêlez avec soin dans un mortier, en ajoutant :

Vin aromatique.. 100 gram.

Quand le mélange aura la consistance du *strigmentum*, ajoutez :

Huile de myrrhe.. 120 gram.

Ramenez à la consistance du miel, et conservez pour l'usage.

On introduit ce médicament dans les fosses nasales, à l'aide d'un linge roulé de la sonde enveloppée à la manière de Celse.

Je ne dirai qu'un mot de la médication conseillée par Rhazès (1), qui, à son ordinaire, prescrit plusieurs médicaments étranges; mais il m'a paru important de noter que le premier il avait conseillé les insufflations dans les narines faites avec une substance bien active, car il s'agit de l'*arsenic rouge*.

INSUFFLATIONS ARSENICALES DE RHAZÈS.

Rhazès mélangeait ensemble et en petite quantité :

L'arsenic rouge (sulfure d'arsenic rouge, réalgar);

Le colcothar (*atramentum rubrum*, oxyde rouge de fer).

Puis il les mêlait à des poudres odoriférantes de myrrhe, d'amomum, etc., et faisait à l'aide de ce mélange pulvérulent des *insufflations* dans la narine malade.

Suivant Rhazès, Rufus combattait la maladie dont il s'agit, soit en instillant dans les fosses nasales le suc de *menthastre* (menthe à feuille ronde), soit en le faisant aspirer, après l'avoir desséché et réduit en poudre. Cette substance ayant été dans la suite fortement recommandée, il importait de la faire connaître et d'indiquer celui qui le premier l'avait mise en usage.

A ces médicaments topiques, Avicenne (2) n'en a ajouté que de très peu importants, si ce n'est la *céruse* et la *litharge*, qu'il employait sous forme d'emplâtre. Mais il commence à mettre en usage de nouveaux moyens, tels que l'ouverture de la veine à l'extrémité du nez et les purgatifs. En somme, son traitement n'a pour nous qu'une bien faible valeur.

Nous trouvons dans Fernel (3) un traitement bien plus complet, et qui a eu tant de faveur dans les siècles qui ont précédé le nôtre, que la plupart des auteurs venus après lui se sont à peu près bornés à le lui emprunter. En en présentant ici les principaux points, nous aurons donc presque entièrement fait connaître la pratique ancienne.

II° Ordonnance.

TRAITEMENT DE FERNEL.

1° Faire tomber les croûtes, sans les arracher ; on y parvient par des fomentations d'eau tiède ou des onctions avec du beurre frais, de la graisse récente d'oie ou de poule, et de l'huile d'amandes douces.

2° Sécher et déterger les ulcères avec l'*errhin* suivant :

℞ Décoction d'orge non mondé,	Décoction d'absinthe,
de roses rouges,	de plantain,
d'aigremoine,	de morgeline.
de petite centaurée,	

Dissolvez dans *cinq cents grammes* de cette décoction :

Miel rosat.. 120 gram.

Suivant Fernel, cet errhin suffit souvent pour guérir les ulcères; mais l'*eau alumineuse* est encore plus efficace.

(1) Lib. IV, tract. 2, *De fœtore narium*.
(2) *De ulceribus in naso*, lib. III, cap. III et IV, tract. 2, p. 590, édit. de 1595.
(3) *Pathologia*, lib. V, cap. VII : *De morb. narium*, édit. 1679.

3° Après ces moyens, cet auteur célèbre en indique un qui depuis, et surtout de nos jours, a été très vanté : je veux parler de l'*eau de sublimé*, dont on trouve la formule suivante dans la *Pharmacopée universelle* de Jourdan (t. II, p. 65) :

℞ Sublimé corrosif........	1 gram.	Eau distillée...........	369 gram.

Faites dissoudre.

Malheureusement Fernel n'entre pas dans d'assez grands détails sur l'emploi de ce remède.

Viennent ensuite d'autres moyens qu'on peut exposer dans l'ordonnance suivante :

III° Ordonnance.

1° L'ulcère étant bien détergé, saupoudrez-le avec de la poudre de rose rouge desséchée, ou bien avec de la poudre de pompholix et de corail.

2° Faites faire (d'après G. Rondelet) les fumigations suivantes :

℞ Orpiment.............	1 gram.	Cinabre.....................	1 gram.

Ajoutez :

Myrrhe,	Mastic.
Encens,	

Formez, à l'aide de la térébenthine, un trochisque pour la fumigation. (On place le trochisque sur un fer rouge ou des charbons ardents, et le malade aspire par les narines la fumée qu'on a soin d'y diriger au moyen d'un bec d'entonnoir.)

Nous verrons plus loin comment ces fumigations ont été pratiquées par M. Werneck.

3° Faire un fréquent usage de l'*errhin* suivant :

Musc..................	0,30 gram.	Girofle..................	2 gram.
Ambre.................	0,10 gram.	Noix muscade.............	8 gram.

Renfermez dans un nouet, et faites macérer dans :

℞ Eau de sauge.......	1000 gram.	Eau de rose............	180 gram.

4° Une ou ou plusieurs saignées.

5° Purgatifs.

Tels sont les principaux moyens de traitement employés par Fernel ; nous aurons occasion de revenir sur quelques-uns d'entre eux.

Cautère actuel. — On a vu que Fernel n'avait pas parlé du cautère actuel. Fabrice d'Acquapendente (1) en fait mention, mais pour blâmer la cautérisation et pour y substituer la dessiccation de l'ulcère à l'aide de l'*échauffement par le cautère objectif*. Il propose d'introduire une canule fermée dans la narine, et d'y pousser, à plusieurs reprises et pendant très peu de temps chaque fois, un fer incandescent, de manière à élever la température de la paroi nasale sans causer douleur. Il conseille aussi l'usage d'un *onguent de céruse*.

(1) Cap. XVI, *De ozæna, narium ulcere*, Lug., 1628, p. 93.

Parmi les nombreux moyens indiqués par Fonseca, il n'en est que deux qui méritent une mention. Le premier est bizarre à cause du siége de l'application ; aussi n'a-t-il pas été adopté par beaucoup de praticiens. Voici en quoi il consiste :

℞ Poudre de rose...... Mastic............	ãã 4 gram.	Encens............... Macis..............	ãã 4 gram.

Faites, avec de la cire et de la térébenthine, un cérat, *qu'on appliquera sur le sinciput*, après l'avoir rasé, et qu'on y laissera pendant quelques jours.

Le second moyen consiste dans un masticatoire ou dans un gargarisme irritant, qu'il n'est pas sans utilité de faire connaître.

Masticatoire.

℞ Sucre blanc..........	30 gram.	Pyrèthre.............	ãã 4 gram.
Mastic..............	15 gram.	Staphisaigre...........	
Poivre long..........	4 gram.		

Réduisez ces substances en poudre, puis faites-en de petites boules qu'on gardera dans la bouche l'espace d'une demi-heure, le matin, à jeun.

Gargarisme.

℞ Hydromel............	30 gram.	Poivre......................	8 gram.

Mêlez. Faites chauffer ce gargarisme, pour s'en servir trois ou quatre fois dans la matinée.

Il est évident que ces remèdes de Fonseca ne peuvent être que des adjuvants, lorsqu'il existe des ulcérations dans les fosses nasales ; on pourrait plutôt, par conséquent, les prescrire dans le coryza chronique simple.

Pierre van Forest (1), qui employait à très peu près les mêmes médicaments que Galien, y avait néanmoins ajouté un moyen inusité jusqu'à ce jour : ce sont les ventouses scarifiées. Voici ses expressions :

Primo alvum duco, humores æquo,
Cucurbitulisque scapulis affixis,
Carneque ferro incisa, sanguinem mitto.

Il cite deux observations de guérison par ce traitement, joint au liniment de Galien. (Voy. p. 322.)

Plater, cité par Bonet (2), commença à employer la *cautérisation* sans avoir recours au cautère actuel. Il faut, dit-il, à l'aide d'un petit pinceau imbibé d'*eau-forte* un peu étendue d'eau, toucher avec précaution les ulcères. Il employait aussi, dans le même but, l'*eau dans laquelle on a fait éteindre de la chaux.*

Scultet (3) cite une observation dans laquelle il a obtenu la cicatrice d'un ulcère de la cloison, après toutefois que celle-ci avait été perforée. Scultet employait le *cautère actuel* introduit à l'aide d'une canule, en prenant les précautions suivantes, qui me paraissent devoir être connues.

(1) Forestus, *De nasi affectibus*, lib. XIII. Roth., 1653.
(2) *Thesaurus med. pract. : Ulcera narium.* Genève, 1691, p. 104, t. I.
(3) *Armentarium*, 1666, pars prima, tab. XXXII, p. 64.

CAUTÉRISATION. — PROCÉDÉ DE SCULTET.

« Je pris une canule convenable (c'est-à-dire ayant son ouverture sur le côté); je l'enveloppai d'un linge trempé, avec expression, dans du vin, afin de protéger les parties saines, et je l'introduisis dans la cavité nasale ulcérée, de telle manière que l'ouverture correspondît exactement à l'ulcère; ensuite j'introduisis par cette canule un stylet incandescent, que je retirai aussitôt. Je répétai quatre ou cinq fois l'introduction du stylet rougi, mais avec la plus grande promptitude. Il faut, pour cette opération, au moins deux stylets chauffés à blanc. »

Bonet (*loc. cit.*) a donné des extraits de plusieurs auteurs sur le traitement de l'ozène. Oswald Grembs, W. Hæferus, Saxonia, Wedelius, sont tous cités avec leurs formules particulières; mais comme ces praticiens n'ont rien ajouté aux moyens précédemment employés, et qu'ils ne leur ont pas fait subir de modifications réellement importantes, il est inutile d'indiquer leur méthode de traitement.

TRAITEMENT DE RIVIÈRE.

Laz. Rivière (1) a presque littéralement copié Fernel, et conseille un traitement à peu près identique. Nous nous bornerons donc à citer deux formules, dont l'une a de l'importance, puisque c'est l'eau de sublimé recommandée par Fernel, et qui n'est guère différente de celle que M. le professeur Trousseau a prescrite dans ces derniers temps, et dont l'autre contient un bon nombre de médicaments employés par les anciens contre l'ozène.

Eau sublimée ou de sublimé.

℞ Eau de plantain......	120 gram.	Sublimé cru..............	0,60 gram.

Faites bouillir dans une fiole de verre jusqu'à réduction de moitié. On peut augmenter ou diminuer la proportion du sublimé, suivant qu'on veut rendre le remède plus ou moins actif. (Rivière.)

Onguent siccatif.

℞ Verjus................	15 gram.	Chalcite..................	ãã 4 gram.
Écorce de grenade......	ãã 12 gram.	Aloès.....................	
Fleurs de grenadier.....		Écorce d'encens (*corticis thuris*)	
Myrrhe..............	ãã 8 gram.	Huile de rose...........	ãã 30 gram.
Alun................		— de myrrhe.........	
Laudanum...........		Cire jaune.................	Q. s.

Faites un onguent dont on enduira la surface ulcérée, ou bien faites dissoudre dans du vin, de l'eau de plantain, etc., afin que le malade attire fréquemment le liquide dans les fosses nasales, par aspiration. Rivière conseille aussi de faire des insufflations dans les narines avec les poudres qui entrent dans la composition de cet onguent.

Mercuriaux. — Spotiswood (2) paraît avoir eu le premier l'idée d'administrer une préparation mercurielle à l'*intérieur*, pour la guérison de l'ozène. Comment y fut-il conduit? On ne peut le dire; car, dans le seul cas qu'il a cité, il n'y avait, suivant lui, aucun motif de croire que l'affection fût syphilitique. Le malade prit,

(1) *Prax. med.*, lib. IV, 1663.
(2) *Medic. observ. and inquir.*, vol. II, p. 223.

dans le cours du traitement, 3gr,10 de *sublimé.* La guérison ne fut pas complète; mais, à plusieurs reprises, sous l'influence du remède, une amélioration très notable eut lieu.

A dater d'Hundertmark (1), le traitement de l'ozène se rapproche beaucoup de celui qui est aujourd'hui mis en usage par les praticiens. Cet auteur prescrit formellement, et les *injections de deutochlorure de mercure*, reprises par M. le professeur Trousseau, et la *cautérisation avec le nitrate d'argent*, remède par excellence de M. J.-J. Cazenave. Nous aurons plus loin occasion de parler de ces agents thérapeutiques; nous nous bornerons, pour le moment, à indiquer le remède interne auquel Hundertmark attribuait la plus grande efficacité.

Formule d'Hundertmark.

Magnésie blanche	0,65 gram.	Camphre	0,15 à 0,20 gram.
Panacée mercurielle (calomel)	0,30 à 0,40 gram.	Soufre doré d'antimoine	0,10 gram.

Mêlez sans triturer. Prendre le matin, à jeun, deux grains (0,10 grammes) de cette poudre, dans une tasse de décoction d'écorce de Winter.

Hundertmark cite plusieurs cas très graves dans lesquels l'emploi de ce médicament a eu un plein succès. Il repousse à plusieurs reprises la liqueur recommandée par Van Swieten, dont elle porte le nom. Il a, dit-il, fait l'expérience du danger que présentait cette préparation; mais il ne nous apprend pas quelles précautions il avait prises dans son administration.

Un moyen singulier a été recommandé par Percival (2). Cet auteur assure que l'air fixe (nom donné par Black à l'*acide carbonique*), porté dans les narines avec un tube, paraît être la meilleure application contre l'ozène, soit que la maladie ait son siége dans l'antre d'Highmore, soit qu'elle ait attaqué les sinus frontaux. Dans le cas où l'on voudrait employer ce moyen, on s'y prendrait de la manière suivante :

TRAITEMENT PAR L'ACIDE CARBONIQUE (PERCIVAL).

Remplissez une vessie à robinet de l'acide carbonique qui se dégage du sous-carbonate de chaux mis en contact avec l'acide hydrochlorique affaibli; puis adaptez au robinet de la vessie un tube de 5 à 6 millimètres de diamètre, à l'aide duquel vous dirigerez le gaz dans la narine malade.

Pour juger du degré de confiance qu'on peut avoir dans ce moyen, il suffit de dire que Percival lui reconnaissait également une vertu souveraine dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

On ne trouve rien de vraiment original sur le traitement de l'ozène jusqu'à ces dernières années, où cette maladie a été étudiée avec autant de soin qu'à aucune époque antérieure.

TRAITEMENT PAR LE CHLORURE DE CHAUX.

En 1830 et 1833, W. Horner et W. Maclay-Awl (3) publièrent plusieurs obser-

(1) *De ozæna venerea.* Lipsiæ, 1758.
(2) *Essays med.* London, 1773, 2e édit., vol. II, p. 235.
(3) *American Journal of the medical sciences*, mai 1830 et mai 1833.

vations de coryza ulcéreux fétide, dans lesquels l'emploi du *chlorure de chaux* eut un plein succès. Voici la formule de M. Horner :

Chlorure de chaux liquide 1/2 cuillerée. | Eau pure.................. 75 gram.
Mêlez.

Faire deux fois par jour des injections avec ce liquide.

Dans le cas cité par W. Maclay-Awl, il survint d'abord, dès qu'on eut recours au chlorure de chaux, des éternuments d'une violence extrême, puis il se développa des douleurs si vives, et l'on vit apparaître des hémorrhagies si abondantes, qu'on fut obligé de suspendre le médicament pendant une semaine. Si de pareils accidents arrivaient, il ne faudrait pas, pour cela, renoncer au remède, car à la seconde reprise les effets furent beaucoup moins violents, et au bout de deux mois, la guérison de plusieurs ulcères qui avaient pu être aperçus dans les deux narines fut consolidée. Dans le cours du traitement, le chlorure de chaux avait l'avantage de diminuer de beaucoup la fétidité.

Nous venons d'exposer les divers traitements qui ont eu le plus de faveur chez les modernes. Reste maintenant à en apprécier rapidement la valeur, à formuler méthodiquement le traitement qu'on doit adopter, à tracer, en un mot, la ligne de conduite que doit suivre le praticien.

Confondant entre elles plusieurs affections qui n'ont de commun que des symptômes secondaires, ou du moins n'ayant pas le soin de faire les distinctions nécessaires lorsqu'ils en venaient à l'application du traitement, et par-dessus tout ne procédant que par assertion et non par démonstration, les médecins anciens nous ont laissé dans la plus grande incertitude sur la valeur des moyens qu'ils ont employés. Il eût cent fois mieux valu qu'il nous eussent cité leurs cas de succès et d'insuccès, que de nous vanter tels médicaments, parce qu'ils dessèchent la tête, et empêchent l'humeur morbide de tomber sur les fosses nasales, et tels autres, parce qu'ils réconfortent les tissus débilités. La plupart des agents thérapeutiques cités plus haut doivent être regardés par le praticien comme des moyens à expérimenter, quand ceux dont l'utilité est mieux démontrée n'ont pas réussi, mais qu'il ne faut pas leur accorder une aveugle confiance. Dès qu'il deviendra probable qu'une des prescriptions qui vont suivre n'a pas de succès réel, il faut passer à la suivante sans insister, et surtout recourir le plus promptement possible aux mercuriaux et à la cautérisation par le nitrate d'argent, seuls moyens qui aient pour eux des expériences positives.

Section 2. — ***Résumé**, ordonnances.* Les *purgatifs* et les *astringents* sont les médicaments qui ont été le plus généralement employés, ainsi qu'on l'a vu plus haut; la plupart des auteurs les ont mis exclusivement en usage. On peut donc commencer par eux le traitement, à moins toutefois qu'il n'y ait quelques signes d'inflammation aiguë; car alors il faudrait recourir d'abord aux émollients et aux antiphlogistiques.

IVe Ordonnance.

DANS LES CAS OU IL EXISTE DES SIGNES D'ACUITÉ.

1° Pour boisson, décoction d'orge miellée.

2° Faire trois ou quatre fois par jour des fomentations d'eau de guimauve ou de

lait tiède dans les narines, en ayant soin d'attirer, par l'aspiration, une petite portion du liquide dans les fosses nasales.

3° La nuit, appliquez sur le nez un cataplasme de fécule de pomme de terre.

4° Tous les soirs, un lavement émollient.

5° Régime doux et léger.

Antiphlogistiques. — La prescription précédente n'a pour but que de faire disparaître les symptômes d'inflammation aiguë. Il n'y a pas de fait authentique qui prouve que par ces moyens seuls on ait guéri un coryza ulcéreux, même léger. Cependant on a cité un exemple (1) de guérison d'ulcérations considérables et très enflammées par un traitement antiphlogistique très énergique, et cela après que la maladie eut été aggravée par les astringents et les caustiques. Il est fâcheux que la description de la lésion nasale ne soit pas aussi détaillée qu'il eût été nécessaire pour nous éclairer entièrement sur la nature et la gravité du mal. Voici le traitement qui fut mis en usage :

V° Ordonnance.

TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE.

1° Boissons adoucissantes ou acidules;

2° Deux applications, à deux jours d'intervalle, de vingt sangsues autour du nez;

3° Fumigations aqueuses dirigées vers les fosses nasales, soit à l'aide du bec d'une théière ou d'un entonnoir, soit librement, la tête étant couverte d'un linge;

4° Bains généraux tous les deux ou trois jours;

5° Pédiluves sinapisés, le soir;

6° Régime sévère, composé de légumes, de laitage et de quelques viandes blanches;

7° Se couvrir de flanelle.

Au bout de deux mois de ce traitement, l'inflammation était dissipée, et quelque temps après la cicatrisation était complète.

Ce fait paraît tout aussi concluant que peut l'être un fait isolé; mais il est le seul de ce genre. Dans un cas cité par M. Priou (de Nantes), trois ou quatre sangsues par semaine, et en dernier lieu quarante à la fois, appliquées à l'entrée des narines et autour du nez, firent bien disparaître les symptômes inflammatoires les plus aigus, mais les ulcérations ne furent pas sensiblement modifiées par ce moyen.

Astringents et purgatifs. — Les médicaments topiques *astringents*, aidés de quelques *purgatifs*, seront administrés de la manière suivante :

VI° Ordonnance.

ASTRINGENTS ET PURGATIFS.

1° Pour tisane, infusion de roses pâles miellée.

2° Introduire dans la narine malade, à l'aide d'un petit pinceau, le liniment de Galien (voy. p. 322), ou l'onguent siccatif de Rivière (voy. p. 326), ou tout simplement la *poudre errhine* de Vogt, incorporée dans le miel selon la formule suivante :

(1) *Annales de la méd. physiol.*, 1826, t. X, p. 212.

℞ Alun	0,50 gram.	Écorce de chêne	8 gram.
Extrait de ratanhia	8 gram.		

Incorporez exactement dans :

Miel simple.. 10 gram.

Toucher trois fois par jour les ulcérations avec ce mélange.

L'alun peut être encore insufflé dans le nez, ou aspiré par le malade à la dose suivante :

℞ Alun pulvérisé	1 gram.	Gomme arabique en poudre	3 gram.

Mêlez exactement. Une prise de cette poudre, de trois à six fois par jour, suivant l'effet produit.

Enfin on peut pratiquer les injections suivantes :

℞ Alun	1 gram.	Sulfate de zinc	0,4 gram.
Infusion de roses rouges.	20 gram.		

Pour trois injections par jour.

Il est inutile de dire que si l'effet du médicament était trop violent, ce qui a lieu dans quelques cas, on devrait augmenter la proportion de l'excipient pulvérulent ou liquide.

3° Prendre, tous les deux jours, un purgatif peu violent, par exemple l'émulsion purgative suivante :

℞ Infusion de séné	150 gram.	Huile d'amandes douces.	15 grammes.
Gomme arabique	5 gram.	Sucre	20 grammes.

Mêlez.

A prendre en quatre fois dans la journée. Ne donner les dernières doses que dans les cas où les premières n'auraient pas produit une purgation suffisante.

Chez les enfants, on remplacera cette émulsion par le *savon de jalap*, ainsi qu'il suit :

℞ Résine de jalap pulvérisée.	4 gram.	Savon médicinal râpé	8 gram.

Faites dissoudre à une douce chaleur dans :

Alcool à 32°.. Q. s.

Évaporez jusqu'à consistance pilulaire.

La dose sera de 0,50 grammes chez les enfants de quatre ans environ, et de 1 gramme chez les enfants plus âgés.

4° Tous les soirs, un lavement d'eau de guimauve, avec cinq ou six cuillerées à bouche d'huile d'olive.

5° Régime très doux ; s'abstenir de liqueurs alcooliques, et même de vin pur, à moins que le sujet ne soit scrofuleux ou épuisé par des symptômes syphilitiques, auquel cas les praticiens recommandent un régime un peu fortifiant et un peu de vin pur aux repas.

Préparations de plomb. — Les *préparations saturnines* ont été, comme on l'a vu, très préconisées; dans la prescription suivante, elles jouent le principal rôle

VIIe Ordonnance.

PRÉPARATIONS DE PLOMB.

1° Même tisane que dans la précédente.

2° Oindre trois ou quatre fois par jour les fosses nasales (toujours à l'aide d'un pinceau ou de la sonde enveloppée d'un linge) avec l'*onguent blanc rhasis*, ou le *cérat de minium* préparé ainsi qu'il suit :

℞ Cire blanche	8 gram.

Faites-la fondre et ajoutez :

Huile	16 gram.

Incorporez dans le mélange :

Minium broyé avec un peu d'huile	4 gram.

L'onguent suivant a été conseillé avec succès, dans les circonstances où nous supposons le malade, par Léotaud, chirurgien d'Arles (1) :

℞ Litharge	ãã 8 gram.	Céruse	ãã 8 gram.
Plomb sulfuré		Pierre de calamine	

Réduisez en poudre et triturez, en ajoutant successivement une cuillerée d'*huile rosat* et une cuillerée de parties égales de suc de morelle et de joubarbe, jusqu'à consistance d'onguent.

Enduire une tente de cet onguent, et l'introduire dans le nez ; réitérer l'application trois fois par jour.

3° Matin et soir, une injection dans les fosses nasales avec le liquide suivant :

℞ Acétate de plomb	0,90 gram.	Eau de rose	200 gram.

Faites dissoudre.

4° S'il existe des signes de scrofules, on prescrira :

℞ Sirop de gentiane	ãã 500 gram.	Sirop d'écorces d'oranges amères.	500 gram.
de quinquina			

Mêlez. A prendre à la dose de trois cuillerées à bouche dans la journée.

5° Régime fortifiant ; une petite quantité de vin pur à chaque repas.

A ces prescriptions on pourra ajouter avec avantage quelques-uns des divers *errhins* dont nous avons donné plus haut la formule. Ils sont généralement composés de substances irritantes ; surtout ils sont aromatiques et masquent l'odeur fétide des narines. Aujourd'hui que les chlorures sont regardés comme les meilleurs désinfectants, on peut remplacer avantageusement ces errhins par des lotions chlorurées ; mais on a vu plus haut que ces lotions avaient été employées non-seulement

(1) *Journal de méd. et de chir.*, par Roux. Paris, 1762, t. XVII, p. 558.

comme moyen palliatif, mais encore comme moyen curatif. Nous avons déjà donné la formule de M. Horner; voici celle de Maclay-Awl :

Injections de chlorure de chaux.

℞ Chlorure de chaux en poudre. 1 cuiller à dessert. | Eau.................... 1 verre.

Faites dissoudre ; passez la solution.

Pour injections trois fois par jour, poussées aussi loin que possible dans les fosses nasales.

On pourra employer comme adjuvant le masticatoire de Fonseca (voy. p. 325).

Médication antisyphilitique. — Nous avons dit plusieurs fois qu'un très grand nombre de coryzas ulcéreux fétides étaient de nature syphilitique. On devra, au moindre soupçon, recourir aux moyens recommandés contre cette espèce particulière, et qui ont obtenu des succès frappants. Les prescriptions suivantes rempliront ce but :

VIIIe Ordonnance.

OZÈNE SYPHILITIQUE.

1° Pour tisane :

℞ Gaïac râpé........... } àà 30 gram. | Eau...................... 1500 gram.
Daphne mezereum coupé. }

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers.

Passez et édulcorez avec :

Sirop de gentiane...................... .... 60 gram.

A prendre par tasses dans la journée.

2° Tous les matins à jeun, 0,10 grammes de la poudre d'Hundertmark (voy. p. 327) dans une tasse de décoction d'écorce de Winter.

3° Introduire deux fois par jour dans la narine une petite quantité de *miel de mercure doux*.

℞ Protochlorure de mercure. 5 gram. | Miel despumé............ 35 gram.

Mêlez.

Ou bien faire priser au malade la poudre dont M. Rousseau a donné la formule :

℞ Précipité blanc......... 1,20 gram. | Sucre candi en poudre....... 16 gram.
Oxyde rouge de mercure. 0,60 gram. |

Mêlez.

4° S'abstenir de mets épicés et de liqueurs alcooliques. Se couvrir le corps flanelle et éviter avec soin le froid, et surtout le froid humide.

La prescription suivante présente aussi de grands avantages contre l'o syphilitique :

IX° Ordonnance.

OZÈNE SYPHILITIQUE.

1° Pour tisane :

℞ Squine coupée........ } Gaïac, *idem*........ }	ãã 60 gram.	Salsepareille coupée........ 60 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers dans :

Eau.. 1500 gram.

Passez et édulcorez avec :

Sirop de Cuisinier.. 125 gram.

A prendre par tasses dans la journée.

2° Prendre matin et soir une des pilules suivantes :

℞ Proto-iodure de mercure	0,20 gram.	Poudre de réglisse..........	Q. s.
Rob de sureau........	Q. s.		

Pour vingt pilules.

Au bout de huit jours, on pourra donner une pilule de plus, et au bout de quinze, doubler la première dose.

Les *pilules de Sédillot* peuvent remplacer les précédentes. Voici la formule adoptée par M. Rayer pour le traitement des symptômes secondaires de la syphilis :

℞ Onguent mercuriel......	4 gram.	Poudre de réglisse.........	1 gram.
Savon médicinal........	3 gram.		

F. s. a. trente-six pilules, dont on prendra une le matin et une le soir pendant toute la durée du traitement.

3° Deux fois par jour une injection avec l'*eau de sublimé*, suivant la formule de Rivière (voy. p. 326) ou de M. le professeur Trousseau (voy. *Coryza chronique*).

4° Le reste du traitement comme dans l'ordonnance précédente.

Fumigations de cinabre. — Je n'ai point fait entrer dans ces prescriptions les fumigations de cinabre, parce que quelques explications sont nécessaires à ce sujet. Ces fumigations ne sont pas sans danger. Déjà Fabrice de Hilden (1) s'était élevé avec énergie contre l'emploi de ce moyen, auquel il attribuait de graves accidents arrivés dans plusieurs cas. Toutefois on ne doit pas accueillir ses assertions sans quelques restrictions; car n'ayant pas cherché à apprécier la nature de l'ozène, désignant par ce nom des maladies au progrès desquelles il est impossible de s'opposer, et dont la terminaison est nécessairement funeste, il a pu prendre l'aggravation naturelle des symptômes pour un effet des fumigations de cinabre. Mais

(1) Cent. I, obs. XXIII, *E sufflu ozæna gravissima*, etc. p. 101, édit. Francf.

ce n'est pas seulement une aggravation des symptômes locaux qui peut résulter de ces fumigations : des accidents d'empoisonnement mercuriel, une irritation redoutable des organes respiratoires, la salivation, etc., ont encore suivi leur emploi. Le praticien doit donc être très réservé dans cette application. Il ne faut pas néanmoins y renoncer, car un assez grand nombre de faits, et notamment ceux qui ont été rapportés par Lalouette (1) et par Werneck (2), prouvent qu'elles peuvent être avantageuses. On pourrait donc y avoir recours si les autres préparations mercurielles avaient échoué. Nous allons faire connaître la manière dont le dernier de ces auteurs veut que soient pratiquées les fumigations, ainsi que les autres moyens qui complètent son traitement.

Xe Ordonnance.

TRAITEMENT DE M. WERNECK.

1° Pour boisson, de l'eau pure ou une forte décoction de salsepareille.

2° Pendant six jours, un bain tiède chaque soir.

3° Dès le premier jour de ce traitement, un purgatif. Puis M. Werneck emploie ordinairement une forte dose de décoction de Zittmann, préparée sans mercure, suivant la formule suivante :

℞ Salsepareille contuse.. 375 gram. | Eau.................... 9 kilogr.

Faites infuser pendant vingt-quatre heures, puis renfermez dans un nouet que vous suspendrez dans le liquide :

Sucre d'alun (sucre et alun, parties égales)...................... 32 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction des deux tiers, et vers la fin de l'ébullition ajoutez :

Anis.................	ââ 16 gram.	Feuilles de séné..........	96 gram.
Fenouil..............		Réglisse.................	48 gram.

Filtrez.

Quatre ou cinq verres, matin et soir.

4° Ne point permettre au malade de quitter sa chambre, qui doit avoir constamment une température de 17 à 18 degrés centigrades, et dont l'air doit être renouvelé chaque jour.

5° Panser les ulcères à l'eau simple.

6° Pour régime, trois potages par jour seulement. Ces potages seront préparés au riz, au gruau, à l'orge mondé, mais sans bouillon.

7° Terminer ce traitement préparatoire, qui doit durer six jours, par un purgatif, comme il a été commencé.

Alors on fait les fumigations de cinabre ainsi qu'il suit.

(1) *Ancien Journ. de méd.* Paris, 1776, t. XLV, p. 195.

(2) *Journ. für die chir. Augenheilkunde*, t. XIV, analysé dans la *Revue méd.*, 1831 p. 120.

FUMIGATIONS DE CINABRE. — PROCÉDÉ DE M. WERNECK.

L'appareil fumigatoire est composé d'une lampe à l'alcool, sur laquelle on place, à l'aide d'un trépied, une assiette de porcelaine contenant le cinabre. Cet appareil est mis sous le siége que doit occuper le malade. Celui-ci étant assis, on le couvre, y compris la tête, d'un manteau de toile cirée, dont on l'enveloppe avec soin, afin que les vapeurs de cinabre ne se répandent pas en trop grande quantité dans la chambre. Il suffit alors d'allumer la lampe pour que la fumigation ait lieu. Chaque fumigation ne dure ordinairement qu'un quart d'heure et doit être faite le soir, car le malade doit se mettre immédiatement au lit. La chambre dans laquelle on pratique ces fumigations doit avoir une température de 24 degrés centigrades.

La dose de cinabre est de 1 à 2 grammes par fumigation (il vaudrait peut-être mieux commencer par une dose moins forte, qu'on augmenterait avec précaution.

Une fumigation par jour est toujours suffisante. Dans des cas rares, on est forcé de n'y recourir que tous les deux ou trois jours. C'est au praticien à en juger d'après les effets produits.

L'inspiration des vapeurs mercurielles détermine souvent la salivation avec beaucoup de facilité. Il faut alors suspendre les fumigations pendant quelques jours, et lorsqu'on les reprend, diminuer la dose de cinabre.

Pendant toute la durée du traitement, il est inutile que le malade change de linge, lequel est constamment sali par les atomes de mercure; mais quand le traitement est achevé, il doit prendre un bain de savon et changer de vêtements. Il faut aussi qu'il garde la chambre pendant quinze jours encore et s'abstienne de toute liqueur stimulante. M. Martin-Solon (1) a cité quelques cas de guérison d'ozène syphilitique par les fumigations de cinabre.

Cautérisation. — On a vu plus haut que la cautérisation des fosses nasales, dans l'ozène, était une pratique fort ancienne. Dans les premiers temps, on employait le cautère actuel, procédé qui a procuré des guérisons solides, mais qui, d'après tous les praticiens, offre d'assez grands dangers. Dans le cas où l'on croirait devoir recourir à ce moyen extrême, on devrait employer le procédé de Scultet (voy. p. 326).

C'est sans doute la crainte des accidents qui peuvent survenir à la suite de l'application du cautère actuel sur des parties telles que les fosses nasales, qui inspira à Plater (voy. p. 325) l'idée de se servir, dans le même but, d'un pinceau trempé dans l'acide azotique. Cette pratique nous paraît très difficile, à moins que l'ulcère ne soit très voisin de l'ouverture des fosses nasales; car comment porter à une certaine hauteur, sans léser les parties saines, un pinceau imbibé d'un caustique aussi puissant?

Hundertmark, qui proscrivait la cautérisation par le cautère actuel, a proposé formellement, ainsi que je l'ai dit plus haut, la cautérisation par le nitrate d'argent fondu. Voici ce qu'il dit à ce sujet (*loc. cit.*) : « Si l'œil peut découvrir l'ulcère et l'os altéré, le meilleur moyen est d'y appliquer la *pierre infernale;* puis afin de favoriser la chute de l'eschare, on peut instiller dans son centre une goutte d'huile

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1834, p. 177.

de vitriol, la scarifier, et appliquer sur elle un onguent digestif, composé de térébenthine cuite, de baume d'Arcæus et d'huile de millepertuis. »

Mais bien que ce moyen eût été déjà mis en usage, on peut dire que M. J.-J. Cazenave (de Bordeaux) se l'est approprié par les modifications importantes qu'il lui a fait subir, et qui l'ont rendu, entre ses mains, d'une efficacité incontestable.

On a vu plus haut (p. 317) la manière dont M. J.-J. Cazenave explore les fosses nasales, afin de connaître positivement le siége de la maladie. Par ce procédé, tantôt il découvre un épaississement, un boursouflement de la muqueuse et des ulcérations variables en nombre et en étendue, et tantôt il constate que ces lésions, si elles existent, sont hors de la portée de toute exploration. Dans l'un et l'autre cas, on doit avoir recours à la cautérisation par le nitrate d'argent fondu ; seulement, lorsque le siége de la lésion ne peut pas être constaté, il faut promener le caustique aussi loin que possible dans l'intérieur des fosses nasales. Voici la manière dont M. J.-J. Cazenave pratique la cautérisation :

CAUTÉRISATION A L'AIDE DU NITRATE D'ARGENT, PAR LE PROCÉDÉ DE M. CAZENAVE (DE BORDEAUX).

1° Cautérisation par le nitrate d'argent sec.

« Les porte-caustique dont je me sers pour la cautérisation de la membrane pituitaire, dit cet auteur (1), sont de trois sortes, de divers diamètres, et consistent en une tige d'ébène bien polie, taillée à huit pans inégaux à son extrémité manuelle, cylindrique dans tout le reste de son étendue, et marquée par un point blanc sur le côté correspondant à la cuvette destinée à contenir le nitrate d'argent.

» L'une de ces tiges, la plus petite, a une ligne et quart (3 millimètres) de diamètre, est pourvue à son extrémité nasale d'une cuvette de platine, disposée comme celle du porte-caustique du professeur Lallemand, ayant six lignes (15 à 16 millimètres) de long, une ligne (3 millimètres) de large à l'entrée, et très évasée dans le fond. Le bout est mousse et légèrement olivaire.

» La seconde tige, la plus forte, a deux lignes (5 millimètres) de diamètre, est aussi pourvue à son extrémité nasale d'une cuvette de platine ayant six lignes (15 à 16 millimètres) de long, une ligne trois quarts (4 à 5 millimètres) de large à l'entrée, et plus évasée dans le fond.

» Le troisième porte-caustique, destiné à agir directement en haut sur la voûte des fosses nasales, a la même longueur que les autres, deux lignes (5 millimètres) de diamètre, et une cuvette toujours de platine, mais disposée de façon à former comme l'extrémité d'une canule ouverte (2).

» Comme la membrane qui tapisse les fosses nasales est fortement adhérente aux parois osseuses, il s'ensuit que le nitrate d'argent contenu dans la cuvette ne peut point être embrassé par elle, comme cela arrive pour l'urèthre, et qu'il y a nécessité de laisser déborder le caustique pour qu'il agisse énergiquement. Il faut, du reste, se rappeler que je ne fais marquer l'un des pans qu'afin de pouvoir toujours tenir la cuvette en rapport avec les points de la membrane muqueuse qu'on veut cautériser

(1) *Du coryza chronique et de l'ozène non vénérien*, 1835, p. 32 et suiv.

(2) On peut voir un dessin de ces porte-caustique dans le *Journal des connaissances méd.-chir.*, année 1835, p. 139.

» Lorsqu'on voudra cautériser la muqueuse nasale chez un enfant affecté d'ozène, il faudra être muni des instruments qui viennent d'être décrits, et agir ainsi qu'il suit :

» Le malade étant assis en face d'une fenêtre, ou une bougie étant placée le plus près possible de l'ouverture des narines, on cherchera à découvrir, soit par la vue, soit à l'aide du crochet mousse, le siége de l'ulcération. Si l'on y parvient, on remarquera avec soin sa position et sa profondeur. L'ulcère est-il sur les parois latérales des fosses nasales, on prend les porte-caustique n° 1 ou n° 2, suivant l'étendue de la lésion, et l'on dirige leur extrémité nasale vers celle-ci, en tournant la cuvette vers elle ; ce dont on s'assure par la position du point blanc marqué sur le manche. L'ulcère est-il au contraire sur la voûte, on prend le porte-caustique n° 3, et l'on en porte directement l'extrémité sur la voûte elle-même, en ménageant autant que possible les parois. Le caustique est promené sur le siége de la lésion, dont il ne faut pas craindre de dépasser les limites, car cet excès de cautérisation est plus utile que nuisible.

» Si l'on ne peut pas découvrir le siége précis de l'ulcération, on promène le caustique sur la plus grande étendue possible de la muqueuse. N'existât-il pas d'ulcère, cette opération ne serait pas contre-indiquée, car alors on aurait affaire à un simple coryza chronique, qui, nous l'avons vu plus haut, est guéri par le même moyen.

» Pour que la cautérisation produise les effets que l'on doit en attendre, il faut prendre quelques précautions, de peu d'importance en apparence, mais fort utiles en réalité. Si les mucosités sécrétées par la membrane pituitaire sont trop abondantes, il faut avoir soin de les absterger avant de les cautériser. Si, au contraire, les parois nasales sont desséchées ou couvertes de croûtes dures et adhérentes, il est nécessaire de les humecter et de les faire tomber doucement à l'aide de vapeurs émollientes dirigées sur elles pendant un temps assez long.

» Il est très facile de promener le caustique sur la membrane pituitaire dans diverses directions, car cette membrane, adhérente à toute la surface des fosses nasales, ne présente point de replis qui puissent arrêter l'instrument. M. J.-J. Cazenave n'a jamais eu d'accidents fâcheux à déplorer, lorsque la position de la lésion l'a forcé de cautériser l'orifice inférieur du canal ou les parties voisines.

» Les effets immédiats de la cautérisation ainsi pratiquée sont de provoquer un éternument qui débarrasse les fosses nasales et détermine une abondante sécrétion de larmes. Dans le plus grand nombre des cas où M. J.-J. Cazenave l'a mise en usage, l'odeur de punais a bientôt disparu, et les autres symptômes, tels que l'enchifrènement, la douleur, la sécrétion exagérée du mucus, ont cédé bientôt après. Dans plusieurs des observations citées par cet auteur, ce traitement a eu un plein succès, lorsque la plupart des moyens qui ont été indiqués plus haut avaient complétement échoué. »

2° Cautérisation par la solution de nitrate d'argent.

« Il est, dit M. J.-J. Cazenave, quelques circonstances dans lesquelles le mal résiste à de pareilles cautérisations, parce qu'elles ne peuvent pas agir sur une assez grande étendue des fosses nasales. Il faut recourir, dans ces cas, à la solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent. »

Il est fâcheux que M. J.-J. Cazenave n'ait pas cherché à mieux préciser les cas dans lesquels la cautérisation avec le nitrate d'argent sec est insuffisante. Nous n'en serions peut-être pas réduits à essayer toujours la cautérisation par le nitrate d'argent sec, avant de recourir à la solution, que l'on emploie de la manière suivante :

Première formule.

℞ Nitrate d'argent cristallisé. 0,20 gram. | Eau distillée................. 30 gram.

Faites dissoudre.

Deuxième formule.

℞ Nitrate d'argent cristallisé... 2 gram. | Eau distillée.............. 30 gram.

Faites dissoudre.

Entre ces deux proportions extrêmes, il y en a une multitude que le praticien peut adopter, suivant les cas ou suivant les effets produits.

Le malade étant placé sur un siége, la tête élevée, on portera sur les parties malades, à l'aide d'un pinceau de charpie, la solution de nitrate d'argent, ou mieux on injectera le liquide à l'aide d'une seringue à canule longue, recourbée et terminée par une petite olive percée de plusieurs trous. Dans ce dernier cas, il faudra recommander au malade, si une partie du liquide tombait dans l'arrière-gorge, de le rejeter à l'instant et de bien se garder de l'avaler.

On trouve dans les recueils de médecine quelques observations qui viennent aussi démontrer l'utilité de ces cautérisations ; nous en citerons une entre autres, qui a été rapportée par Ducasse (1), et qui appartient à Lassus. La maladie, qui durait depuis un an, fut guérie en quelques jours par l'injection d'une solution de nitrate d'argent répétée trois fois par jour.

Lorsqu'il y a lieu de croire que le coryza ulcéreux est de nature syphilitique, ou lorsque le malade présente des signes de scrofules, M. J.-J. Cazenave n'emploie la cautérisation qu'après avoir mis en usage un traitement antisyphilitique ou antiscrofuleux.

Tels sont les divers traitements mis en usage contre le coryza ulcéreux. Nous avons indiqué, en les faisant connaître, plusieurs formules désignées par les anciens sous le nom d'*errhins*, et dont quelques-unes ne sont guère destinées qu'à faire disparaître ou à masquer la mauvaise odeur produite par l'ozène ; mais comme cette indication doit être remplie, quelle que soit la méthode de traitement adoptée, et comme le praticien peut être obligé de varier souvent le liquide suivant les désirs des malades, nous ajouterons ici la formule de quelques-unes de ces préparations, dont l'emploi ne peut être nuisible :

Errhins divers.

℞ Feuilles récentes de :
Sauge......... } ââ une poignée.
Bétoine........ }
| Amandier............... } ââ une poignée.
| Marjolaine.............. }

(1) *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse.*

Triturez ces feuilles ensemble, et ajoutez :

Vin blanc.. 120 gram.

Exprimez le suc qu'on fera aspirer au malade trois ou quatre fois par jour (Fernel).

Autre.

Suc d'iris...........	45 gram.	Vin aromatique.......	15 gram.
— de marjolaine.....	30 gram.	(Plater.)	

Mêlez.

Si l'on veut, dit cet auteur, rendre l'errhin plus stimulant, on y ajoute une certaine quantité de suc de poirée ; mais nous savons depuis longtemps que les propriétés irritantes attribuées à ce suc par les anciens n'existent réellement pas.

Autre.

Fleurs de grenadier.........	ãã 60 gram.	Feuilles d'hieracium pilosella	ãã une poignée.
Écorce de grenadier.........		— d'herniaire......	
Feuilles de plantain..........	une poignée.	Racine de bistorte.........	30 gram

Faites une décoction (Rivière).

Errhin détersif.

Roses rouges........	20 gram.	Fleurs de sureau.....	20 gram.

Versez sur les fleurs :

Eau bouillante.. 1 litre.

Laissez infuser pendant une demi-heure, et aiguisez avec :

Alcool................................. 0,5 gram. à 1 gram.

On peut, avec ces errhins, faire des injections à l'aide d'une seringue terminée en olive.

J'ai cru devoir indiquer ces préparations, parce qu'elles sont généralement inconnues, qu'elles servent à masquer la mauvaise odeur, qu'elles peuvent sans inconvénient être mises en usage à tour de rôle, et servir à faire prendre patience au malade, pendant qu'on emploie des remèdes plus efficaces.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Antiphlogistiques ; astringents (*alun, préparations de plomb*, etc.); purgatifs ; antiscorbutiques ; désinfectants (*chlorure de chaux, divers errhins*).

2° Traitement antisyphilitique interne, topiques mercuriels ; injections de deutochlorure de mercure ; fumigations de cinabre.

3° Cautérisation : par le cautère actuel ; par les acides ; par le nitrate d'argent, caustique le plus efficace.

4° Moyens adjuvants : masticatoires irritants ; errhins aromatiques ; rubéfiants sur la peau ; exutoires.

Ici finit l'histoire des affections des fosses nasales. Elle renferme encore bien des obscurités, bien des incertitudes. Je me suis vu bien des fois obligé de répéter des assertions dénuées de preuves, et sans doute souvent fondées sur des faits mal observés ou mal interprétés. J'ai fréquemment fait remarquer l'impossibilité dans laquelle je me trouvais d'apprécier la valeur d'un agent thérapeutique ou d'un signe diagnostique, faute de détails suffisants de la part de l'auteur; mais si j'avais voulu le faire toutes les fois que l'occasion s'en présentait, j'aurais été arrêté à chaque pas. Que les observateurs dirigent donc leurs recherches vers ces maladies, car c'est une mine encore bien mal exploitée. Pour le coryza ulcéreux en particulier, je dirai que, sauf la cautérisation par le nitrate d'argent, employée par M. Cazenave, et le traitement antisyphilitique dans quelques cas, nous n'avons que les données les plus incertaines sur l'utilité de la thérapeutique si variée de cette affection toujours très désagréable et parfois dangereuse.

CHAPITRE II.

MALADIES DU LARYNX.

Le larynx est doublement important chez l'homme, car : 1° il fait partie du conduit par lequel l'air se rend aux poumons, et 2° il est l'organe de la voix, et, par suite, le principal organe de la parole; sous ce double rapport, il peut être affecté de maladies très graves, et qui exigent les secours les plus prompts et les plus actifs. Comme organe de la voix, il a attiré l'attention de quelques médecins qui ont fait une étude toute spéciale, et de son organisation, et des maladies dont il peut être affecté. On a donné à ces affections le nom de *maladies de la voix;* mais cette division est tout arbitraire : les altérations diverses de la voix ne sont autre chose qu'un symptôme fort important des maladies de l'organe respirateur, et ne constituent pas à elles seules de véritables affections. Nous ne consacrerons pas un article particulier à ces altérations de la voix, mais nous aurons le plus grand soin de les étudier, comme symptômes, dans chacune des maladies qui ont le larynx pour siége; de cette manière, nous traiterons convenablement un point de pathologie qui intéresse au plus haut degré plusieurs professions, et nous pourrons suivre un ordre méthodique.

Par sa position superficielle, le larynx semble, au premier abord, plus accessible à l'exploration que la plupart des organes où siégent les affections du domaine de la médecine proprement dite; mais en y regardant de plus près, on voit qu'il n'en est réellement rien. Son ouverture supérieure, cachée par l'épiglotte, se dérobe à la vue, et bien que l'on conseille, dans plusieurs cas, de l'explorer, en portant profondément l'extrémité du doigt indicateur dans l'arrière-gorge, il est certain que la pratique n'a pas tiré un très grand parti de cette exploration. D'un autre [illegible] les parties solides qui forment sa paroi antérieure empêchent ordinairement q[illegible] palper agisse d'une manière efficace sur les parties lésées, en sorte qu'en réali[illegible] larynx, sous le rapport de la facilité de l'exploration directe, doit être placé au r[illegible] des organes les plus inaccessibles. On a inventé des *spéculums* particuliers pour [illegible]

riser l'inspection de la cavité larygienne; mais ces instruments, d'un usage très peu répandu, n'ont encore donné que des résultats peu avantageux. Nous reviendrons avec détail sur chacun des moyens proposés pour éclairer le diagnostic des maladies du larynx, lorsqu'il s'agira des diverses formes de laryngite chronique dans lesquelles l'exploration directe de l'organe malade serait si utile, et nous aurons alors occasion de parler particulièrement de la percussion et de l'auscultation du larynx, qu'on a proposées dans ces derniers temps.

Les maladies du larynx ont été diversement divisées par les auteurs. Autrefois on décrivait des aphonies, des suffocations, une phthisie laryngée, etc.; c'est-à-dire qu'on regardait comme formant toute la maladie le principal symptôme ou bien les résultats funestes que le mal apportait dans tout l'organisme. Aujourd'hui on s'accorde à prendre pour base de la classification les altérations anatomiques trouvées dans le larynx. Sans prétendre que toute la maladie consiste dans la lésion anatomique, nous regardons cette manière de classer les affections du larynx comme la plus simple et la plus utile pour le praticien. Nous aurons donc à étudier dans ce chapitre :

1° La *laryngite simple aiguë;* 2° la *laryngite simple chronique;* 3° la *laryngite striduleuse* (pseudo-croup); 4° la *laryngite pseudo-membraneuse* (croup); 5° la *laryngite œdémateuse* (œdème de la glotte); 6° la *laryngite ulcéreuse;* 7° les *tumeurs de diverse nature développées dans le larynx;* 8° l'*aphonie* (1); 9° le *spasme de la glotte;* et 10° l'*asthme thymique.*

ARTICLE Ier.

LARYNGITE SIMPLE AIGUE.

Nous ne possédons sur la laryngite proprement dite aucun de ces travaux qui, par leur rigueur et les détails dont ils abondent, ne laissent pas sans l'avoir approfondi un seul point de l'histoire d'une maladie; mais nous avons de nombreuses recherches particulières à l'aide desquelles il me sera possible de tracer une description assez complète de cette affection, tout en regrettant que l'état actuel de la science laisse insolubles plusieurs questions assez importantes.

I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *laryngite aiguë simple* à celle qui, étant franchement inflammatoire, affecte principalement la membrane muqueuse du larynx. M. Cruveilhier (2) divise cette affection en deux espèces, suivant qu'elle est bornée à la membrane muqueuse ou qu'elle affecte le tissu cellulaire sous-muqueux; de là, pour lui, deux espèces anatomiques bien distinctes : la *laryngite muqueuse* ou laryngite proprement dite, et la *laryngite sous-muqueuse.* La première est celle dont il est question ici, et que M. Blaud (de Beaucaire), si avantageusement connu des praticiens, a nommé *laryngite myxagène*, c'est-à-dire laryngite avec simple sécrétion muqueuse, pour la distinguer des laryngites avec production de pus et

(1) Ce symptôme ne pouvant, dans plusieurs cas, être rapporté à aucune lésion organique, il faut bien le considérer, jusqu'à nouvel ordre, comme une affection distincte.

(2) *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, t. XI, art. LARYNGITE.

Ici finit l'histoire des affections des fosses nasales. Elle renferme encore bien des obscurités, bien des incertitudes. Je me suis vu bien des fois obligé de répéter des assertions dénuées de preuves, et sans doute souvent fondées sur des faits mal observés ou mal interprétés. J'ai fréquemment fait remarquer l'impossibilité dans laquelle je me trouvais d'apprécier la valeur d'un agent thérapeutique ou d'un signe diagnostique, faute de détails suffisants de la part de l'auteur; mais si j'avais voulu le faire toutes les fois que l'occasion s'en présentait, j'aurais été arrêté à chaque pas. Que les observateurs dirigent donc leurs recherches vers ces maladies, car c'est une mine encore bien mal exploitée. Pour le coryza ulcéreux en particulier, je dirai que, sauf la cautérisation par le nitrate d'argent, employée par M. Cazenave, et le traitement antisyphilitique dans quelques cas, nous n'avons que les données les plus incertaines sur l'utilité de la thérapeutique si variée de cette affection toujours très désagréable et parfois dangereuse.

CHAPITRE II.

MALADIES DU LARYNX.

Le larynx est doublement important chez l'homme, car : 1° il fait partie du conduit par lequel l'air se rend aux poumons, et 2° il est l'organe de la voix, et, par suite, le principal organe de la parole; sous ce double rapport, il peut être affecté de maladies très graves, et qui exigent les secours les plus prompts et les plus actifs. Comme organe de la voix, il a attiré l'attention de quelques médecins qui ont fait une étude toute spéciale, et de son organisation, et des maladies dont il peut être affecté. On a donné à ces affections le nom de *maladies de la voix;* mais cette division est tout arbitraire : les altérations diverses de la voix ne sont autre chose qu'un symptôme fort important des maladies de l'organe respirateur, et ne constituent pas à elles seules de véritables affections. Nous ne consacrerons pas un article particulier à ces altérations de la voix, mais nous aurons le plus grand soin de les étudier, comme symptômes, dans chacune des maladies qui ont le larynx pour siége; de cette manière, nous traiterons convenablement un point de pathologie qui intéresse au plus haut degré plusieurs professions, et nous pourrons suivre un ordre méthodique.

Par sa position superficielle, le larynx semble, au premier abord, plus accessible à l'exploration que la plupart des organes où siégent les affections du domaine de la médecine proprement dite; mais en y regardant de plus près, on voit qu'il n'en est réellement rien. Son ouverture supérieure, cachée par l'épiglotte, se dérobe à la vue, et bien que l'on conseille, dans plusieurs cas, de l'explorer, en portant profondément l'extrémité du doigt indicateur dans l'arrière-gorge, il est certain qu la pratique n'a pas tiré un très grand parti de cette exploration. D'un autre c les parties solides qui forment sa paroi antérieure empêchent ordinairement q palper agisse d'une manière efficace sur les parties lésées, en sorte qu'en réali larynx, sous le rapport de la facilité de l'exploration directe, doit être placé au r des organes les plus inaccessibles. On a inventé des *spéculums* particuliers pour l

riser l'inspection de la cavité larygienne; mais ces instruments, d'un usage très peu répandu, n'ont encore donné que des résultats peu avantageux. Nous reviendrons avec détail sur chacun des moyens proposés pour éclairer le diagnostic des maladies du larynx, lorsqu'il s'agira des diverses formes de laryngite chronique dans lesquelles l'exploration directe de l'organe malade serait si utile, et nous aurons alors occasion de parler particulièrement de la percussion et de l'auscultation du larynx, qu'on a proposées dans ces derniers temps.

Les maladies du larynx ont été diversement divisées par les auteurs. Autrefois on décrivait des aphonies, des suffocations, une phthisie laryngée, etc.; c'est-à-dire qu'on regardait comme formant toute la maladie le principal symptôme ou bien les résultats funestes que le mal apportait dans tout l'organisme. Aujourd'hui on s'accorde à prendre pour base de la classification les altérations anatomiques trouvées dans le larynx. Sans prétendre que toute la maladie consiste dans la lésion anatomique, nous regardons cette manière de classer les affections du larynx comme la plus simple et la plus utile pour le praticien. Nous aurons donc à étudier dans ce chapitre :

1° La *laryngite simple aiguë;* 2° la *laryngite simple chronique;* 3° la *laryngite striduleuse* (pseudo-croup); 4° la *laryngite pseudo-membraneuse* (croup); 5° la *laryngite œdémateuse* (œdème de la glotte); 6° la *laryngite ulcéreuse;* 7° les *tumeurs de diverse nature développées dans le larynx;* 8° l'*aphonie* (1); 9° le *spasme de la glotte;* et 10° l'*asthme thymique.*

ARTICLE Ier.

LARYNGITE SIMPLE AIGUE.

Nous ne possédons sur la laryngite proprement dite aucun de ces travaux qui, par leur rigueur et les détails dont ils abondent, ne laissent pas sans l'avoir approfondi un seul point de l'histoire d'une maladie; mais nous avons de nombreuses recherches particulières à l'aide desquelles il me sera possible de tracer une description assez complète de cette affection, tout en regrettant que l'état actuel de la science laisse insolubles plusieurs questions assez importantes.

I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *laryngite aiguë simple* à celle qui, étant franchement inflammatoire, affecte principalement la membrane muqueuse du larynx. M. Cruveilhier (2) divise cette affection en deux espèces, suivant qu'elle est bornée à la membrane muqueuse ou qu'elle affecte le tissu cellulaire sous-muqueux; de là, pour lui, deux espèces anatomiques bien distinctes : la *laryngite muqueuse* ou laryngite proprement dite, et la *laryngite sous-muqueuse*. La première est celle dont il est question ici, et que M. Blaud (de Beaucaire), si avantageusement connu des praticiens, a nommé *laryngite myxagène*, c'est-à-dire laryngite avec simple sécrétion muqueuse, pour la distinguer des laryngites avec production de pus et

(1) Ce symptôme ne pouvant, dans plusieurs cas, être rapporté à aucune lésion or[illegible] il faut bien le considérer, jusqu'à nouvel ordre, comme une affection distincte.

(2) *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, t. XI, art. LARYNGITE.

de fausses membranes (1). Quant à la seconde, elle doit être divisée, suivant M. Cruveilhier, en deux nouvelles espèces également distinctes par leur siége. La première, *laryngite sous-muqueuse sus-glottique*, n'est autre chose que l'œdème de la glotte, décrit par Bayle; quant à la seconde, *laryngite sous-muqueuse sous-glottique*, elle ne présente que quelques particularités dues au lieu qu'elle occupe; car, au fond, c'est la même maladie. Si, par sa physionomie toute particulière, par sa marche, par sa gravité, l'œdème de la glotte ne constituait pas plus qu'un symptôme de laryngite, cette division devrait être adoptée par le praticien; mais comme il en est tout autrement, et que d'ailleurs l'œdème de la glotte peut être causé par autre chose qu'une simple laryngite, laissons ce dernier nom à l'inflammation de la muqueuse laryngienne, et réservons, pour les décrire à l'article *Œdème de la glotte*, l'état pathologique indiqué par M. Cruveilhier et quelques autres qui, directement ou indirectement, donnent lieu aux mêmes accidents.

C'est seulement dans ces derniers temps qu'on a imposé à la maladie qui nous occupe le nom de *laryngite* : on lui donnait auparavant celui d'*angine*, sous lequel il faut en chercher la description dans les auteurs anciens. Les diverses espèces qu'ils en ont admises sont nombreuses, car chacun les établissait suivant qu'il attribuait plus ou moins d'importance au siége, à la violence et surtout à la nature présumée de la maladie. Arétée (2) désignait la laryngite sous le nom de *cynanche*, adopté par plusieurs écrivains plus modernes, et en particulier par Laz. Rivière (3), qui admet deux espèces de *cynanche*, la première occupant les muscles intérieurs et propres du larynx, et la seconde les muscles extérieurs.

Boerhaave, qu'on a tant cité jusqu'à ces derniers temps lorsqu'il s'est agi des maladies de la gorge, a décrit pêle-mêle, sous le nom d'*angine* (4), les maladies du pharynx, du larynx et de la trachée-artère, en sorte qu'il est vraiment impossible de s'y reconnaître. Il divisait l'angine en *angine aqueuse*, *inflammatoire*, *suppuratoire* et *convulsive*, suivant le symptôme dominant ou la terminaison de la maladie. Nous n'avons pas besoin de signaler le vice de cette division.

On ne trouve dans aucun auteur une appréciation, même approximative, de la *fréquence* réelle de cette affection. L'observation journalière nous apprend, d'une manière générale, que la laryngite légère, celle qui se manifeste par un simple enrouement avec une faible gêne de la respiration, est assez fréquente, et que la laryngite intense, qui s'accompagne de violents symptômes locaux et généraux, est rare, surtout chez l'adulte et le vieillard.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Les causes prédisposantes de la laryngite simple aiguë sont fort peu connues. On ne trouve à ce sujet, dans les auteurs, que des assertions dénuées de preuves. Il ne nous est donc permis de présenter ici que des généralités qui frappent même les observateurs peu rigoureux.

(1) *Nouv. rech. sur la laryngo-trachéite*. Paris, 1823, p. 246.
(2) *De causis et signis acut. morb.*, lib. I, cap. VII.
(3) *Prax. med.*, lib. VI, cap. VII, *De angina*.
(4) Voy. Van Swieten, *Commentaria in aphorismos*. Lugd. Bat., 1849, t. II, p. 655.

Pour les causes prédisposantes, comme pour les causes occasionnelles, comme au reste pour tout ce qui concerne la laryngite, il faut avoir bien soin d'établir une distinction entre la laryngite légère, qui consiste généralement dans un enrouement passager, et la laryngite grave, qui présente souvent des symptômes formidables; car ce qu'on dit de l'une de ces deux maladies s'applique rarement à l'autre. Examinons-les donc séparément.

1° *Laryngite légère*. — Aucun *âge*, aucun *tempérament*, etc., ne paraissent prédisposés à cette affection. Aux *époques de l'année* où elle se montre de préférence, on voit en effet un très grand nombre de personnes, sans distinction d'âge ni de sexe, en être très facilement atteintes. Il en est, sous ce rapport, de la laryngite comme du coryza, de l'amygdalite, de la bronchite, affections qui siégent dans des muqueuses directement opposées aux variations atmosphériques.

Les *professions* dans lesquelles l'exercice de la voix peut aller jusqu'à la fatigue, celles du chanteur, d'avocat, de crieur public, prédisposent-elles à la laryngite légère? Rien ne le prouve, car aucun travail exact n'a été fait à ce sujet. On voit parfois cette affection survenir dans la *convalescence des maladies graves* et chez les sujets affaiblis par une cause quelconque. Ces cas ne sortent pas de la règle générale, qui veut que les phlegmasies se contractent plus facilement lorsque l'organisme a subi une détérioration plus ou moins considérable.

2° *Laryngite intense*. — On peut dire que cette forme de laryngite aiguë affecte plus fréquemment l'*enfance* et l'*adolescence* que les autres âges de la vie.

On trouve dans les recueils anglais un beaucoup plus grand nombre de cas de laryngite aiguë intense, décrite généralement sous le nom de *cynanche*, que dans ceux de tous les autres pays. Le *climat* de l'Angleterre prédisposerait-il à cette affection?

La laryngite peut-elle se développer sous une influence *épidémique?* Il est difficile de répondre à cette question; car dans ces derniers temps on n'a pas cité d'exemple d'épidémie de laryngite, et anciennement le diagnostic n'étant pas parfaitement établi, on ne peut pas savoir si, dans les épidémies d'angine, de cynanche, etc., il s'agissait uniquement d'une laryngite simple.

2° Causes occasionnelles.

1° *Laryngite légère*. — L'action du *froid*, et surtout du froid humide, est la cause la plus évidente et la plus fréquente de cette affection. Ce que nous avons dit plus haut de l'influence de certaines saisons le prouve suffisamment. C'est, en effet, à la fin de l'hiver et au commencement de l'automne, époque où l'on est le plus exposé au froid, soit parce qu'on quitte trop tôt les vêtements d'hiver, soit parce qu'on tarde trop à les reprendre, que la laryngite légère et les autres inflammations de la muqueuse aérienne deviennent très fréquentes.

Les *grands efforts de la voix*, le chant trop longtemps prolongé, l'exercice immodéré de la parole, les cris multipliés, peuvent-ils produire une laryngite légère? Il est certain qu'à la suite de tous ces excès il survient un enrouement plus ou moins prononcé, avec une gêne plus ou moins grande dans la région laryngienne; mais c'est là une simple irritation de la muqueuse, qui se dissipe promptement par le repos, et qui ne s'élève presque jamais jusqu'à l'inflammation. On en

preuve dans ce qu'on observe journellement chez certains aliénés furieux. On en voit, en effet, qui, après avoir pendant des semaines entières fait entendre des hurlements continuels, ne présentent qu'une légère raucité de la voix, bientôt dissipée par le repos de l'organe.

Certaines *substances irritantes* aspirées pendant plus ou moins longtemps, telles que la vapeur du soufre, la fumée, etc. ; des poussières diverses, introduites dans le larynx; des aliments ou des boissons irritantes ou non, causent des accidents ordinairement prompts à se dissiper, et qui ont les caractères de la laryngite; mais on peut leur appliquer la réflexion que nous venons de faire à propos des grands efforts de voix.

Laryngite intense. — Les causes occasionnelles de la laryngite aiguë intense sont fort peu connues. Elles sont beaucoup plus difficiles à découvrir que celles de la laryngite légère. Cette difficulté se retrouve, du reste, dans toutes les phlegmasies qui affectent profondément un organe.

Cette affection peut-elle être *contagieuse?* M. Blache (1) dit qu'elle peut se propager par contagion, quand elle accompagne certaines maladies qui sont elles-mêmes contagieuses, telles que la rougeole, la scarlatine, etc. Mais il faut entendre par là que les sujets chez lesquels la scarlatine, la rougeole, etc., se sont propagées par contagion, sont par suite exposés à la laryngite intense, qui se développe assez fréquemment dans ces affections éruptives, car ce n'est pas la laryngite elle-même qui est contagieuse. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de se prononcer avec plus de précision sur ce point obscur de l'histoire de la laryngite aiguë simple.

Il est une cause toute particulière qui n'a été signalée que par les médecins anglais. Souvent, dit le docteur Cheyne (2), des mères permettent à leurs enfants de boire au bec de la théière; or, il arrive que quelquefois celle-ci contient de l'eau bouillante, et alors il y a une véritable *brûlure de la glotte*, qui occasionne tous les accidents d'une laryngite fort intense. On trouve des cas de ce genre dans plusieurs journaux. Nous citerons principalement celui qu'a recueilli le docteur F.-E. Hicks (3), et ceux que rapporte la *Lancette anglaise* (4). Nous reviendrons plus loin sur ces faits.

§ III. — Symptômes.

1° *Laryngite aiguë légère.* — Cette affection est de peu d'importance; elle est ordinairement négligée par les malades, à moins qu'ils n'exercent une profession pour laquelle l'intégrité de la voix est nécessaire. Le premier symptôme qui apparaît ordinairement est une gêne légère dans le larynx, une *impression désagréable* causée par l'entrée de l'air froid pendant l'inspiration, et en même temps une sensation un peu douloureuse vers la partie supérieure de l'organe.

Vient ensuite une *altération du timbre de la voix*, qui est le caractère essentiel de l'affection, et qui quelquefois constitue à elle seule à peu près toute la maladie. La voix est rauque; un passage continuel de sons graves et rudes à des sons ai-

(1) *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., 1838, t. XVII.
(2) *The Cyclopædia of practical medicine*, vol. III, art. LARYNGITIS.
(3) *The London medical Gazette*, 1837-38, vol. XXII, p. 67.
(4) *The Lancet*, 1839-40, t. I, p. 103 et 248.

et criards la rend très désagréable, et fréquemment l'action de parler détermine une toux un peu douloureuse, pendant laquelle les yeux se remplissent de larmes. Parfois même l'altération de la voix va jusqu'à l'aphonie complète.

La *toux*, quelquefois nulle, n'est jamais très violente ; mais, chez un certain nombre de sujets, un picotement vers l'ouverture supérieure du larynx la provoque continuellement. Elle peut être aussi provoquée par l'ingestion des boissons froides, et par le passage des aliments au-dessus de l'épiglotte, surtout si celle-ci participe à l'inflammation, circonstance qui, du reste, n'a pas encore été convenablement appréciée. L'*expectoration*, peu abondante, consiste en quelques crachats blancs et écumeux.

Tels sont les symptômes propres à la laryngite légère ; mais le seul constant, c'est la raucité de la voix. Quant aux fonctions des autres organes, elles ne sont nullement altérées ; il n'y a point de symptômes fébriles.

2° *Laryngite aiguë intense.* — Cette espèce de laryngite a fixé plus que la précédente l'attention des médecins. On le conçoit sans peine, lorsqu'on songe qu'elle a causé assez fréquemment la mort. Cependant il reste encore beaucoup à faire pour sa symptomatologie. Les descriptions générales que nous possédons ne sont pas fondées sur une analyse rigoureuse des faits, et l'appréciation des symptômes n'y est par conséquent qu'approximative. D'un autre côté, les recueils scientifiques ne contiennent pas un grand nombre d'exemples de cette affection, ce qui rend son étude difficile. C'est d'après l'examen des observations, dont la plupart sont dues à des médecins français et anglais, mais parmi lesquelles il faut citer en première ligne celles qu'ont publiées MM. Blaud, Constant (1) et Chavasse (2), que nous allons tracer le tableau de cette laryngite.

La maladie débute par une *douleur* qui est d'une intensité médiocre, et qui n'acquiert jamais un haut degré. Les malades la rapportent à la partie supérieure du larynx, et parfois une pression un peu forte sur les côtés du bord supérieur du cartilage thyroïde l'exaspère légèrement. La déglutition des liquides était facile et peu douloureuse dans les cas observés par M. Constant ; impossible, au contraire, dans quelques cas cités par les médecins anglais. M. Chavasse ne fait pas mention de ce symptôme. Un autre signe non moins fréquent et plus précieux, c'est la *sensation d'un corps étranger* dans le larynx. Les auteurs n'ont point assez insisté sur ce symptôme, qui s'est montré d'une manière très remarquable dans les observations.

Il survient bientôt une *toux*, quelquefois légère d'abord, d'autres fois promptement intense, et revenant par quintes. M. Constant a vu le début marqué par une augmentation notable d'une toux qui durait depuis trois mois environ.

Presque aussitôt la *voix* devient rauque, comme dans la laryngite légère ; mais cette raucité fait place, au bout d'un certain temps, à une extinction presque complète. La prononciation des mots était difficile, dans le cas cité par le docteur Chavasse, et nulle chez un jeune homme observé par le docteur Wilson (3). L *respiration*, d'abord simplement gênée, devient alors rude et bruyante.

Si l'on ausculte le larynx, on trouve un *rhonchus sonore*, ou un souffle tr

(1) *Gazette médicale*, 1834, t. II, p. 314.
(2) *The Lancet*, vol. II, p. 565, july, 1833.
(3) *Med. surg. Transact. of London.*

intense et très rude ; M. Blaud a constaté un *râle muqueux laryngo-trachéal* très remarquable.

Le passage de l'air étant ainsi embarrassé, les symptômes d'*asphyxie* se manifestent : ainsi, dans la plupart des cas, la face est bouffie, pâle, les paupières gonflées et les lèvres bleues, surtout pendant les paroxysmes, qui ont lieu fréquemment. C'est principalement alors que les malades recherchent la position assise, pour laquelle ils manifestent leur préférence presque dès le début de l'affection ; souvent même il y a une orthopnée marquée, avec inspiration sifflante et très difficile.

A la suite des efforts continuels de la toux, on constate une excrétion de *crachats* qui n'ont rien de caractéristique. C'est un liquide transparent ou blanchâtre, et souvent écumeux. Cette excrétion n'a lieu que quelque temps après le début de la maladie. Chez les enfants, elle manque souvent. Dans les cas cités par Constant, il y avait cependant, chez des enfants de cinq ou six ans, *quelques crachats muqueux, sans débris de fausses membranes*. Quant à M. Chavasse, il ne dit rien des crachats, quoiqu'il s'agisse, dans son observation, d'un sujet de vingt ans. Les mêmes symptômes s'observent chez les enfants affectés de brûlure de la glotte ; seulement ils se manifestent très brusquement après la déglutition de l'eau bouillante, ce qui donne à l'affection une physionomie particulière.

Tels sont les symptômes locaux de la laryngite aiguë simple et intense ; mais il y a des *symptômes généraux* qui, bien qu'ils n'aient pas été décrits avec beaucoup de soin dans les divers articles publiés sur cette maladie, n'en sont pas moins considérables et nombreux.

Les *symptômes fébriles* sont intenses. Malheureusement, dans les observations particulières, on n'a pas recherché avec soin le début de ces symptômes fébriles, et cependant nous n'avons pas besoin de dire quelle importance aurait pour le praticien la connaissance de ce début. La fièvre précède-t-elle ou suit-elle l'apparition des symptômes locaux ? C'est là une question que l'observation aura à résoudre, et qu'il faut recommander à l'attention des médecins ; car s'il est vrai que l'apparition préalable de la fièvre annonce une inflammation intense, dès que les symptômes les plus légers de laryngite se manifesteront dans de pareilles circonstances, il faudra redouter une laryngite grave et agir avec vigueur, tandis que des signes de laryngite sans fièvre au début devront inspirer peu d'inquiétude. L'analogie nous porte à regarder cette manière de voir comme exacte, mais il lui manque la sanction d'une observation rigoureuse.

Dans tous les cas, la *fièvre* ne tarde pas à s'allumer. D'après quelques auteurs, il y a d'abord un frisson passager ; mais les observations sont généralement muettes sur ce point. La chaleur devient bientôt intense ; le pouls s'accélère au point que, chez les enfants observés par Constant, ses pulsations s'élevèrent jusqu'à 164, et que, chez les adultes observés par les médecins anglais, elles variaient de 110 à 130 ; dans le cas cité par M. Chavasse, le pouls était dur et rapide.

Il y a en outre une anxiété extrême, et il peut survenir du délire, ou bien un coma plus ou moins profond. A ces symptômes de surexcitation succèdent, lorsque l'asphyxie est imminente, la lividité de la face, le froid des extrémités, la petitesse, la concentration et l'extrême rapidité du pouls.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

1° *Marche de la maladie.* — Les progrès de cette affection sont continuels jusqu'à sa terminaison favorable ou fatale, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de ces améliorations notables et d'une certaine durée qu'on remarque dans d'autres affections. On observe, il est vrai, assez fréquemment des paroxysmes; mais ils ne sont pas séparés par un calme presque complet, et après chacun d'eux la maladie s'aggrave notablement.

2° *Durée de la maladie.* — Les auteurs donnent à cette affection une durée de sept ou huit jours, et les observations que nous avons rassemblées confirment cette assertion. Chez les sujets observés par Constant et par M. Chavasse, par exemple, la maladie n'a pas dépassé huit jours. C'est une des affections dont la marche est le plus rapide.

3° *Terminaison de la maladie.* — La mort est une terminaison fréquente de cette espèce de laryngite, surtout chez les enfants. Aux cas de mort cités par Constant, nous pourrions en joindre d'autres en assez grand nombre, empruntés aux auteurs anglais,

Quelquefois, suivant la plupart des auteurs, la maladie se termine par suppuration : c'est alors l'*angina suppuratoria* de Boerhaave (1). Tous les symptômes précédemment décrits sont alors portés au plus haut degré de violence, et la mort est presque inévitable. Nous avons multiplié les recherches à ce sujet, et dans aucun des cas que nous avons rassemblés, nous n'avons pu trouver la conviction qu'en pareil cas la maladie fût simple. Qu'on jette les yeux sur les observations de MM. W. Henry Porter, Arnold, Watson Roberts, Robert Watt (de Glasgow) (2), ou bien sur les recherches du docteur Miller (3), et l'on verra que dans tous on a trouvé, soit des ulcérations, soit des altérations des cartilages qui paraissent être la cause réelle de l'inflammation suppurative.

Dans les cas de guérison, la résolution est rapide. Au lieu des symptômes d'asphyxie toujours croissants qui finissent par emporter le malade, on voit survenir un soulagement marqué, les symptômes généraux disparaissent promptement, et les symptômes locaux se dissipent peu à peu, en commençant par la douleur, la gêne de la respiration et la toux. Les altérations de la voix persistent les dernières.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques trouvées dans le larynx sont en elles-mêmes bien légères, car elles consistent en une simple tuméfaction des parties constituantes de la glotte et de l'épiglotte, avec rétrécissement plus ou moins marqué de l'ouverture laryngienne sans ulcération, sans infiltration, et même, selon Constant, sans épaississement de la muqueuse. Cependant on a peine à comprendre comment l'ouverture de la glotte serait rétrécie sans épaississement de la muqueuse et sans infiltration;

(1) *Aphorismes*, 815, t. II, p. 693.
(2) *Med. chir. Transact. of London*, vol. V, p. 156; vol. VI, p. 135; vol. IX, p. 31; vol. XI, p. 414.
(3) *London med. Gazette*, et *Arch. gén. de méd.*, t. I, p. 251.

car le spasme de la glotte, admis par plusieurs auteurs, n'est nullement prouvé. Il y a là une contradiction évidente. Dans quelques cas, et M. Hache en a cité un à la Société médicale d'observation, la rougeur de la cavité laryngienne et de la partie supérieure des bronches était la seule altération anatomique. Probablement alors la turgescence inflammatoire a disparu après la mort, car il est évident que c'est l'obstacle à la respiration, occasionné par cette turgescence, qui a seul causé la mort.

Nous avons déjà fait connaître les doutes qui s'élèvent sur la terminaison de la laryngite simple par suppuration. Dans les cas décrits par les auteurs anglais, le pus était tantôt infiltré dans le tissu sous-muqueux, et tantôt rassemblé en foyer. Dans tous, l'ouverture de la glotte était rétrécie. On peut dire hardiment que, dans la laryngite simple, il est au moins extrêmement rare de rencontrer ces lésions.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Pour faciliter le diagnostic, il importe, avant de comparer la laryngite aiguë simple aux autres affections avec lesquelles on pourrait la confondre, de résumer méthodiquement les symptômes qu'elle présente, et dont nous venons de donner la description.

Nous y trouvons, comme *lésion de la sensibilité :* la douleur, les picotements déterminant la toux, la sensation d'un corps étranger (ces symptômes, à un faible degré d'intensité, constituent seuls la laryngite légère); comme *altération des fonctions :* la raucité, la faiblesse, l'extinction de la voix, la fréquence, la gêne de la respiration, qui peut être portée jusqu'à l'orthopnée, déterminer la respiration sifflante et causer l'asphyxie ; comme *altérations de sécrétion :* quelques crachats muqueux filants, sans caractères particuliers. Voilà pour les symptômes locaux. Quant aux symptômes généraux, ils n'existent que dans la laryngite grave ; ils consistent d'abord en un mouvement fébrile plus ou moins intense, et, à la fin de la maladie, en phénomènes évidents d'asphyxie.

Parmi ces symptômes, le simple enrouement sans fièvre suffit pour caractériser la laryngite légère, lorsqu'il survient dans le cours d'une bonne santé et qu'il ne persiste pas longtemps. Il n'en est pas de même pour la laryngite intense. Quelles sont donc les maladies avec lesquelles on pourrait la confondre ?

Parmi les maladies qui n'ont pas le larynx pour siége, l'*angine pharyngienne intense avec gonflement considérable des amygdales* pourrait, au premier abord, présenter quelques apparences d'une laryngite aiguë. Outre les symptômes généraux, cette maladie détermine la douleur de gorge, une altération notable de la voix, la suffocation et une excrétion de liquide muqueux. Ce dernier symptôme n'a qu'une faible valeur dans les deux affections ; mais, en y regardant de près, on voit que les trois premiers en ont une considérable. La douleur de gorge, plus vive dans l'angine, gêne la déglutition, et se fait sentir à la base de la mâchoire, ordinairement des deux côtés, où une légère pression suffit pour l'exaspérer ; l'altération de la voix consiste, dans l'angine, non en une raucité et une extinction plus ou moins marquées, mais en un nasonnement considérable qui en altère seulement le timbre ; la voix est sonore, mais modifiée désagréablement par les parties constituantes de la gorge. La suffocation même présente des différences. Ainsi la gê

de la respiration ne s'annonce pas dans l'angine par la respiration sifflante, et elle n'atteint un haut degré qu'après quelques jours de durée de la maladie. Nous avons cru devoir établir ce diagnostic, quoique la simple inspection paraisse suffire pour faire distinguer ces deux affections, l'angine affectant des parties accessibles à la vue, parce que c'est surtout dans les premiers jours de l'affection, alors que l'arrière-gorge n'a pas encore acquis la turgescence inflammatoire, qu'il serait vraiment utile de pouvoir se prononcer.

Des affections qui ont leur siége dans le larynx, la *laryngite pseudo-membraneuse*, ou *croup*, est, sans contredit, celle qu'on peut confondre le plus facilement avec la laryngite aiguë intense, et celle qu'il importe le plus de distinguer. Car, bien que la laryngite simple puisse avoir, comme on l'a vu, un haut degré de gravité, elle en a beaucoup moins, sans contredit, que le croup, et, sous le rapport du diagnostic comme sous celui du traitement, le praticien est très intéressé à reconnaître à laquelle de ces deux affections il a affaire. Si nous nous rappelons les principaux symptômes de la laryngite simple, dont on trouve plus haut le résumé, nous verrons qu'ils sont les mêmes, à l'exception toutefois de l'expectoration. Ainsi la douleur, la suffocation avec ses paroxysmes, la sensation d'un corps étranger, s'observent et dans le croup et dans la laryngite simple. Il en est de même des altérations de la voix ; car ce qu'on a dit de la voix croupale, du cri d'un jeune coq, etc., n'est fondé que sur des exceptions ; et, dans l'une et l'autre de ces maladies, c'est : 1° la raucité, et 2° l'extinction de la voix qui constituent les symptômes constants et essentiels. Reste donc l'expectoration ; et, sous ce rapport, l'excrétion des fausses membranes qu'on trouve parfois dans les matières expectorées par les sujets affectés de croup jette une vive lumière sur le diagnostic. Malheureusement on cite un bon nombre de cas de croup dans lesquels il n'y a point eu expulsion de fausses membranes. L'inspection des parties peut aussi être d'un grand secours. Il est assez rare que, dans le croup, la fausse membrane n'envahisse pas les amygdales aussi bien que le larynx. Lorsqu'il en est ainsi, il est d'autant moins difficile de méconnaître l'affection, que c'est presque toujours par les amygdales que la fausse membrane a commencé, et qu'on a pu l'apercevoir dès le début des accidents. On a donné aussi comme un bon moyen de diagnostic la présence, dans le croup, d'un engorgement plus ou moins considérable des ganglions sous-maxillaires ; mais cet engorgement n'existe que dans les cas où les amygdales sont envahies par la pseudo-membrane, et dans lesquels la seule inspection est suffisante.

Il suit de ce qui précède que, lorsque dans le croup les amygdales sont exemptes d'altération, il est bien difficile de distinguer ces deux affections. Aussi l'erreur a-t-elle été commise par des hommes qui ont étudié avec le plus grand soin les laryngites de toute espèce. C'est ce qui arriva dans le cas observé par M. Hache, et dont nous avons parlé plus haut. On avait envoyé un petit malade à l'hôpital des Enfants, afin qu'on l'opérât au plus tôt ; mais l'absence de fausses membranes dans l'expectoration, et surtout un reste de timbre dans la voix, firent suspendre l'opération. L'enfant ayant succombé, on ne trouva aucune trace de pseudo-membrane dans toute l'étendue de l'arbre aérien. Il n'y avait qu'une rougeur médiocrement intense de la muqueuse laryngienne, et, chose remarquable, sans gonflement marqué des parties internes de l'organe, sans rétrécissement apparent de la glotte ; de telle

sorte qu'on ne pouvait guère, dans ce cas, expliquer la mort que par un rétrécissement spasmodique de la glotte provoqué par une inflammation légère, à moins d'admettre que le gonflement porté, pendant la vie, au point de déterminer l'asphyxie, avait disparu après la mort.

La *laryngite ulcéreuse aiguë* peut-elle être confondue avec la laryngite simple aiguë? Un cas rapporté par le docteur Travers Blackley (1) prouve qu'il peut en être ainsi. Ce cas sera cité à l'article consacré à la laryngite ulcéreuse, et l'on verra que, d'après les signes notés par M. Blackley, l'erreur était inévitable. Il est à regretter que cet auteur n'ait point décrit exactement l'expectoration; car, dans les laryngites ulcéreuses, il peut y avoir des stries de sang dans les crachats, ce qu'il est important de constater. En somme, le diagnostic différentiel de ces deux affections reste encore à établir d'une manière positive.

Lorsque Bayle traça l'histoire de l'*œdème de la glotte*, on pensait que l'absence de la fièvre, dans cette dernière affection, suffisait pour la distinguer de la laryngite décrite par Boerhaave : telles sont les expressions de Bayle lui-même. Mais des observations plus récentes ont prouvé que la fièvre peut très bien exister avec un œdème inflammatoire de la glotte. Or on sait que les phénomènes présentés par cette dernière affection ressemblent assez à la laryngite décrite plus haut. Si donc on n'avait que les symptômes pour établir le diagnostic, on serait fort embarrassé, car on ne pourrait même pas se fonder sur les rémittences plus marquées de l'œdème de la glotte, puisque, quand cette maladie existe sous la forme inflammatoire, les exacerbations ne sont plus séparées par des intervalles de calme aussi tranchés que dans l'œdème de la glotte proprement dit. En examinant les observations de laryngite œdémateuse citées par les auteurs, on voit que la maladie s'est presque toujours développée dans le cours d'une autre affection, et principalement d'une inflammation chronique ou d'une ulcération aiguë voisine de la glotte. L'infiltration séreuse ou séro-purulente, qui existe dans ces cas, n'est donc réellement pas primitive, et par conséquent, en étudiant la marche de la maladie, et surtout l'état du sujet à son début, on pourra arriver au diagnostic. Je reviendrai sur ce point, à l'occasion de l'œdème de la glotte.

Un *corps étranger*, introduit dans le larynx, donne lieu à la plupart des symptômes de la laryngite aiguë. Comment distinguer cet accident de l'affection inflammatoire? Il est bien rare que l'on ne parvienne pas, par un interrogatoire attentif, à s'assurer qu'un corps étranger a été introduit dans les voies aériennes; mais supposons qu'on ne puisse pas en avoir la certitude, voici comment on arrivera au diagnostic. La laryngite intense peut débuter par une dyspnée portée rapidement à un haut degré : mais jamais le début n'est aussi brusque. Les quintes de toux sont immédiatement d'une violence extrême, dans les cas d'introduction d'un corps étranger; elles ne parviennent que graduellement à ce degré dans la laryngite. Ordinairement la suffocation est beaucoup plus intermittente lorsque le larynx est occupé par un corps étranger. Enfin, et c'est là un point capital qu'il faut avoir présent à l'esprit, plus la laryngite offre d'intensité à son début, plus la fièvre est intense; or la présence d'un corps étranger dans le larynx ne détermine d'abord aucun symptôme fébrile : d'où il suit que les seuls cas de laryngite où quelques

(1) *Dublin Journal*, 2 juillet 1838.

phénomènes pourraient faire croire à l'introduction d'un corps étranger en sont distingués par la fièvre intense qu'ils présentent.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la laryngite simple intense et de l'angine pharyngienne avec gonflement considérable.*

LARYNGITE.	ANGINE PHARYNGIENNE.
Douleur au niveau de la partie supérieure du cartilage thyroïde, augmentant peu par la pression ; *déglutition* des liquides *peu difficile*.	*Douleur* à la base de la mâchoire inférieure, sur les côtés du cou, augmentant souvent beaucoup par la pression ; *déglutition* très douloureuse et *très difficile*.
Voix rauque, puis éteinte.	*Voix* nasonnée, désagréable.
Inspiration sifflante ; *gêne* très grande de la *respiration peu de temps après le début*.	*Inspiration* seulement pénible ; la *respiration* n'acquiert une très grande gêne qu'un peu *plus longtemps après le début*.
Inspection : Rien, ou seulement un peu de rougeur et de turgescence de l'épiglotte.	*Inspection* : Elle fait reconnaître un gonflement des amygdales ou de la paroi postérieure du pharynx ; le diagnostic est alors des plus faciles.

2° *Signes distinctifs de la laryngite aiguë et du croup ou laryngite pseudo-membraneuse.*

LARYNGITE SIMPLE.	LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Expectoration de *crachats muqueux*, filants, écumeux.	*Expectoration* de crachats semblables, mais contenant souvent des *lambeaux de fausses membranes* laryngiennes.
Inspection : Ut supà.	*Inspection* : elle fait souvent reconnaître la présence de fausses membranes sur les amygdales.

3° *Signes distinctifs de la laryngite simple et de la laryngite ulcéreuse aiguë.*

LARYNGITE SIMPLE.	LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUË
Crachats purement *muqueux*.	*Stries de sang* dans les *crachats*. (Caractères douteux.)

Ce diagnostic est peu certain dans l'état actuel de la science.

4° *Différences entre la laryngite simple et l'œdème aigu de la glotte.*

LARYNGITE SIMPLE.	ŒDÈME AIGU DE LA GLOTTE.
Intervalles de calme peu marqués.	*Intervalles* de calme plus tranchés. (Caractères douteux.)
Début dans l'état de santé.	*Début* dans le cours d'une affection inflammatoire, ou d'une ulcération aiguë des environs du larynx.

5° *Signes distinctifs de la laryngite simple et des accidents dus à l'introduction d'un corps étranger dans le larynx.*

LARYNGITE SIMPLE.	CORPS ÉTRANGER DANS LE LARYNX.
Début graduel, quoique plus ou moins rapide.	*Début* brusque.

Toux augmentant graduellement de violence.	Quintes de *toux* subites, et tout d'abord d'une violence extrême.
Intervalles de calme, *ut suprà.*	*Intervalles* de calme beaucoup *plus tranchés* (1).
Fièvre dès le début, et d'autant plus intense que les symptômes locaux deviennent plus rapidement graves.	*Pas de fièvre* au début, malgré la gravité des symptômes locaux.

Tel est le diagnostic différentiel de cette redoutable affection. Nous l'avons présenté, d'après les meilleurs documents qu'a pu nous fournir l'état actuel de la science, et avec autant d'exactitude qu'il nous a été possible. Mais ces matières ont encore besoin d'être étudiées, et l'observation n'a pas dit son dernier mot sur ces graves maladies; c'est un sujet qu'il importe de signaler aux investigations des praticiens.

Pronostic. — Il y a peu de choses à dire sur le *pronostic* de la laryngite simple. Les cas de laryngite légère n'ont pas de gravité réelle, et ceux de la laryngite intense en ont une fort grande. Mais reconnaître à certains signes, lorsque cette dernière existe, si elle aura une terminaison heureuse ou malheureuse, c'est ce qui n'est pas possible, dans une affection si aiguë, et qui peut, d'un moment à l'autre, changer presque subitement de caractère. En général, la diminution des symptômes est d'un favorable augure, lorsque l'asphyxie n'a pas fait de trop grands progrès.

§ VII. — Traitement.

1° *Laryngite légère.* — Lorsque la profession du malade n'exige pas un soin tout particulier de l'organe de la voix, on n'a ordinairement aucun traitement à prescrire. Dans le cas contraire, il ne faut pas refuser toute attention à cette maladie, quelque légère qu'elle soit; car on peut la faire disparaître un peu plus vite, et il y a moins de risque de lui voir succéder une irritation permanente qui ôte aux sons une partie de leur pureté, comme il n'est pas rare d'en observer des exemples. Dans ces cas, il suffit le plus souvent de se préserver avec soin du froid, de s'abstenir de tout effort de la voix, et de faire usage de quelques émollients unis à de légers sédatifs. Ainsi on pourra suivre le traitement suivant :

Ire Ordonnance.

LARYNGITE LÉGÈRE.

1° Pour tisane, infusion de fleurs pectorales édulcorée avec le sirop de capillaire et bue tiède.

2° Dans les cas où l'enrouement, les picotements dans le larynx et une légère excrétion muqueuse persisteraient, on aurait recours à une préparation opiacée administrée à faible dose, ainsi qu'il suit :

℞ Extrait thébaïque..... 0,4 gram. | Extrait de gentiane..... 0,8 gram.

F. seize pilules, dont on prendra une le soir, trois heures au moins après le dernier repas.

L'opium, qui, comme nous le verrons plus loin, a une grande efficacité d la plupart des maladies des voies respiratoires, a le double avantage de rendre

(1) Il n'est question, dans ce diagnostic, que des corps étrangers peu volumineux; car c qui ont un certain volume déterminent une suffocation presque subite.

muqueuse laryngienne moins sensible à l'action de l'air extérieur, et de procurer au malade un sommeil paisible, pendant lequel les efforts de la toux ne viennent pas sans cesse ajouter une nouvelle irritation à celle qui existe déjà dans l'organe affecté.

2° *Laryngite intense.* — Lorsque l'inflammation de la muqueuse laryngienne se présente avec un certain degré de violence, le traitement doit être des plus actifs, ainsi que l'ont reconnu les médecins de tous les temps. Si, en effet, on parcourt les traités de médecine de la plus haute antiquité, on voit que déjà ils proposent les moyens les plus variés contre l'angine suffocante. Il est très difficile de tirer parti de leurs indications, non qu'ils aient négligé d'établir avec soin le diagnostic des diverses angines ; il suffit de citer Galien, Arétée (1), Fernel (2), Laz. Rivière (3), Boerhaave, Van Swieten, etc., pour prouver que ces médecins célèbres avaient recherché avec soin les signes différentiels de l'angine laryngienne et de l'angine pharyngienne. Mais par un singulier oubli de leurs divisions, ces auteurs ne songent presque jamais, lorsqu'ils arrivent au traitement, à exposer séparément la thérapeutique des diverses espèces qu'ils ont admises. Je vais indiquer ici les moyens préconisés par Arétée et Rivière, et qui me paraissent plus particulièrement s'appliquer à la laryngite aiguë intense.

TRAITEMENT D'ARÉTÉE.

Arétée, dans le but d'attirer au dehors l'humeur, la chaleur, et, ajoute-t-il, *ipsa caro omnis*, conseille les perfusions froides avec la rue et l'aneth, les cataplasmes, un cérat avec le nitre et la moutarde. Quant à la *trachéotomie* pratiquée dans le but de prévenir la suffocation, sa propre expérience n'est point, dit-il, en faveur de cette opération.

TRAITEMENT DE RIVIÈRE

Rivière, considérant que cette affection a une marche des plus rapides, et peut, dit-il, enlever un homme en un seul jour, propose d'abord une forte saignée ; il veut qu'on retire ℔ j (1000 gram.), ℔ j ß (1500 gram.), ℔ ij (2000 gram.) *de sang*, autant, ajoute-t-il, que les forces le permettront. Cependant il ne conseille pas de soustraire tout ce sang en une seule fois, de peur qu'il ne survienne une syncope, mais à des intervalles de trois ou quatre heures. Il ne peut y avoir aucune contre-indication à la saignée copieuse ; les règles, les lochies, la grossesse, ne doivent y apporter aucun obstacle : ainsi Zacutus Lusitanus saigna *sept fois en un seul jour* une femme enceinte de sept mois, et la guérison eut lieu.

Pendant qu'on multiplie les saignées, et le même jour, il faut appliquer, pour établir une révulsion, des *ventouses*, soit sèches, soit scarifiées, sur les épaules et

(1) *De causis et signis acut. morb.*, lib. I, cap. VII.

(2) *De part. morb. et sympt.*, lib. V, cap. IX. Lugduni, 1602.

(3) *Prax. med.*, lib. VI, cap. VII, *De angina*. — Nous nous contenterons de citer les expressions de cet auteur, qui, dans ce passage, est un interprète de Galien :

« 1° Cynanche : *Inflammatio interiores propriosque laryngis musculos occupat.* 2° Synanche : *Interiores pharyngis musculos inflammatio occupat.* 3° Paracynanche : *Exteriores laryngis musculos inflammatio invadit.* 4° Parasynanche : *Exteriores faucium musculos inflammatio invadit.* »

les lombes, faire des *frictions* sur les extrémités, et établir des ligatures douloureuses (*ligaturas dolorificas*).

Le lendemain de la saignée, *sans attendre la coction des humeurs*, car la rapidité de la maladie ne le permet pas, et le jour même de la saignée, s'il le faut, recourir aux purgatifs, et mettre en usage *une potion purgative accommodée à l'humeur peccante !*

Enfin avoir recours à la *laryngotomie*, opération que les médecins mettaient rarement en usage du temps de Rivière, de peur qu'on ne leur imputât la mort des malades (*propter metum infamiæ quæ medicis et chirurgis impendet, dum æger post operationem occumbit*).

Les modernes ont soin de spécifier les cas particuliers auxquels ils ont appliqué leurs divers moyens de traitement, et par là ils ont pu arriver à des résultats plus positifs; mais aucun travail rigoureux n'a encore été fait à ce sujet, en sorte que, présentant ici l'état de la science, nous ne pouvons que faire connaître les médications préconisées, sans en garantir l'efficacité d'une manière absolue.

MÉDICATION ANTIPHLOGISTIQUE.

Tous les praticiens sont d'accord pour commencer le traitement par les *émissions sanguines*, aidées des émollients. On ordonne l'application d'un plus ou moins grand nombre de sangsues à la partie antérieure du cou, de fortes saignées, de boissons adoucissantes, de lavements émollients, de fumigations émollientes, etc. On s'est demandé si les émissions sanguines locales avaient ou non plus d'avantages que la saignée. Il y a peu d'années, on aurait répondu sans hésiter que les sangsues étaient préférables : aujourd'hui on professe généralement une opinion contraire. M. Blache, dans son article du *Dictionnaire de médecine*, accorde positivement la préférence à la saignée. Il faut dire cependant que cette opinion n'est point fondée sur une analyse rigoureuse des faits, et que peut-être on a principalement raisonné par analogie. On verra plus tard qu'il est prouvé par l'observation que les symptômes de l'angine tonsillaire sont plus promptement améliorés par la saignée générale que par la saignée locale. Ce résultat s'est-il joint à l'impression de quelques faits particuliers pour faire admettre la supériorité de la saignée ? C'est ce qu'il n'est pas permis de décider. Quoi qu'il en soit, voici les prescriptions qui pourront être faites quand on voudra employer la médication antiphlogistique pure.

IIe Ordonnance.

A. *Pour un adulte.*

1° Légère décoction d'eau de guimauve et de tête de pavot, édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Une saignée du bras de 3 à 400 grammes (1).

3° Quinze à vingt sangsues sur la région du larynx, répétées le soir, si on le juge nécessaire.

(1) M. Cruveilhier (*loc. cit.*), contrairement à Laz. Rivière, veut qu'on pousse la saignée jusqu'à la syncope. Cette pratique a pour but d'opérer une déplétion rapide, qui affaisse tous les tissus, et qui fasse promptement tomber la turgescence de la glotte.

4° Matin et soir, une fumigation avec la décoction suivante :

Guimauve	8 gram.	Tête de pavot	n° 1.
Eau	500 gram.		

Faites bouillir pendant vingt minutes. Diriger pendant dix minutes la vapeur de cette décoction bouillante vers la gorge. Se couvrir avec soin la tête après la fumigation. Ne pas approcher le vase trop près de la bouche, afin de ne pas augmenter la chaleur locale.

Martin-Solon (1) a réussi à enlever les principaux symptômes à l'aide de *fumigations émollientes.*

5° Chaque matin, un lavement d'eau de guimauve, rendu laxatif avec 40 ou 50 grammes de miel mercurial.

6° Diète absolue.

B. *Pour un enfant de six à dix ans.*

1° Recourir aux émissions sanguines locales, et, suivant l'âge, appliquer de quatre à huit sangsues; ou bien, comme le font beaucoup de médecins, pratiquer une saignée de 80 à 150 grammes chez les enfants qui approchent de dix ans. Il faut avoir soin de ne pas laisser saigner les piqûres des sangsues plus d'une heure et demie, car il vaut mieux revenir à leur application que de déterminer une trop grande déperdition de sang.

2° Trois ou quatre cuillerées à café de sirop de pavot blanc, tous les jours.

3° Permettre un peu de bouillon coupé dès que l'enfant demandera des aliments.

4° Employer les autres moyens prescrits pour l'adulte.

C. *Pour un enfant de deux à six ans.*

1° Réduire le nombre des sangsues à deux ou quatre.

2° Ne donner qu'un lavement huileux.

3° Deux ou trois cuillerées à café de sirop de pavot blanc.

Le reste du traitement doit être le même.

Telle est la médication antiphlogistique et calmante la plus usitée. Il est trop facile de la varier dans ses divers moyens, sauf les émissions sanguines, pour qu'il soit nécessaire de s'en occuper ici.

MÉDICATION INTERNE.

Vomitifs, purgatifs. — Il est rare que l'on puisse s'en tenir à ces moyens simples, et les menaces de suffocation forcent bientôt le médecin à employer des remèdes plus énergiques. Les vomitifs sont fréquemment administrés, surtout chez les enfants. Dans le premier âge, on prescrit le *sirop d'ipécacuanha à la dose de trois ou quatre cuillerées par jour*. Dans l'affection dont il s'agit, il ne faut pas s'en tenir à une dose déterminée ; il vaut mieux faire prendre le *sirop par cuillerées, jusqu'à ce qu'il ait provoqué de nombreux vomissements.* On a remarqué que ce médicament facilitait l'excrétion des mucosités qui obstruent le larynx. Chez l'adulte, il faut donner le *tartre stibié* à la dose de 0gr,05 à 0gr,10, soit seul, soit mêlé à 1 gramme d'ipécacuanha, et faire prendre cette quantité en deux ou trois fois. Donné en lavage, à la dose de 0gr,1, dans une pinte de tisane, l'émé-

(1) *Gazette médicale*, 1834.

tique produit des vomissements nombreux et faciles, suivis de selles abondantes, effet qu'il est avantageux d'obtenir.

On emploie rarement les purgatifs, mais on peut mettre en usage l'éméto-cathartique suivant :

Tartre stibié.......... 0,5 gram. | Sulfate de soude.......... 16 gram.

Dans :

Bouillon aux herbes.................................. 750 gram.

A prendre par verres tous les quarts d'heure.

Le *calomel* fait invariablement partie du traitement opposé par les médecins anglais à la laryngite aiguë, et tous lui donnent de très grands éloges ; mais on chercherait vainement dans les faits une confirmation de ce qu'ils avancent. Dans tous les cas, en effet, le calomel est associé à des moyens actifs, tels que le vésicatoire et même la trachéotomie, et il est impossible de distinguer non-seulement quelle est son action, mais encore s'il a une action. On verra, dans l'exposé du traitement du docteur Chavasse, comment le calomel est administré.

M. le docteur Delioux (1) a vu l'*aphonie* produite par cette affection disparaître promptement après l'administration, par cuillerée d'heure en heure, d'une potion contenant de 1 à 4 grammes d'*éther*.

MÉDICATION EXTERNE.

Vésicatoires. — Il est bien rare qu'à ces médicaments, pris à l'intérieur, on ne joigne pas quelques topiques propres à exercer une action révulsive ou dérivative. Le principal est sans contredit le *vésicatoire* placé sur la région laryngienne ou à la nuque, ou sur le sternum, comme l'ont pratiqué les docteurs Arnold et J. Watson Robert (2) ; souvent même on en applique en même temps sur les extrémités inférieures. Les auteurs que nous venons de citer ont rapporté plusieurs cas où ce moyen, uni à la saignée et à l'emploi du calomel, a paru avoir de bons effets. Quand on applique plusieurs vésicatoires, surtout chez les enfants, il est bon de les saupoudrer de camphre, afin d'éviter l'action des cantharides sur la vessie.

Dans une maladie qui marche aussi rapidement, il importe de rendre les médicaments qu'on emploie le plus promptement actifs qu'il est possible ; aussi est-ce le cas de faire usage du *vésicatoire à l'extrait éthéré de cantharide*, qui, d'après les expériences de M. Trousseau, agit plus promptement et plus sûrement que le vésicatoire ordinaire, et qui n'occasionne pas, dit ce thérapeutiste (3), des accidents vers les organes génito-urinaires, *pourvu qu'on ne le laisse que huit heures environ en contact avec la peau.* Nous empruntons au même auteur la description de la préparation de ces vésicatoires :

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 mai 1852.
(2) *Med. chir. Transact. of London*, vol IX, p. 31, 1818, et vol. XI, 1819, p. 133.
(3) *Traité de thérapeutique et de matière médicale.* Paris, 1858, t I, p. 412.

Vésicatoire à l'extrait éthéré de cantharides.

℞ Poudre de cantharides. 100 gram. | Éther sulfurique............. Q. s.

Faites une teinture éthérée de cantharides par lixiviation (dans un appareil à déplacement); distillez cette teinture pour en retirer l'éther, et vous obtiendrez une huile verte, épaisse et très vésicante. (*Codex*, 602.)

Cette huile obtenue, on fait le vésicatoire de la manière suivante :

On taille un morceau de papier brouillard de la forme et de la grandeur du vésicatoire qu'on veut établir; on le colle sur une feuille de diachylon, puis on y verse quelques gouttes d'extrait, de manière à l'imbiber légèrement, sans toutefois que l'expression puisse en faire sortir une seule gouttelette. Le sparadrap est ensuite appliqué sur la peau.

Cinq heures suffisent quelquefois pour que la vésicule soit formée.

Nous avons aussi, ajoute M. Trousseau, fait préparer, pour le pansement des vésicatoires, des papiers de différentes épaisseurs que nous avons fait enduire de cire dans les proportions de 1/10, 1/15, 1/20, 1/25 d'extrait de cantharides pour une partie de cire jaune. De cette manière, on a des papiers à pansement de divers numéros, selon le degré d'activité suppurative que l'on veut donner au vésicatoire.

Un vésicatoire qui agit encore plus promptement et dont la confection est bien moins difficile, est le *vésicatoire magistral*, dont voici la formule :

℞ Poudre de cantharides... } āā 16 gram. | Vinaigre.................. Q. s.
Farine de froment...... }

Mêlez pour avoir une masse molle, que l'on applique sur la peau.

Quel que soit le vésicatoire qu'on emploie, il faut l'entretenir jusqu'à ce que les symptômes généraux aient disparu, et que les symptômes locaux se soient amendés.

L'inconvénient de ce moyen thérapeutique est de déterminer une excitation plus ou moins marquée, et, par conséquent, de tendre à augmenter le mouvement fébrile, surtout chez les enfants. Aussi la plupart des auteurs recommandent-ils de ne l'employer qu'à l'époque du déclin de la maladie, c'est-à-dire lorsque les symptômes d'asphyxie commencent à prédominer; mais il faut prendre garde aussi de laisser passer ce moment, car alors l'action du vésicatoire ne pourrait plus se faire sentir.

Frictions avec l'huile de croton tiglium. — On a encore conseillé, et M. Blache préfère au vésicatoire l'huile de croton tiglium en frictions sur le larynx ou autour du cou. Le mélange suivant est le plus convenable pour ces frictions :

℞ Huile de croton tiglium. 10 à 12 gouttes. | Huile d'olive................ 2 gram.

Imprégnez un morceau de flanelle de ce mélange, et frictionnez deux ou trois fois par jour, jusqu'à ce qu'il se manifeste une rubéfaction marquée.

Ce moyen agit dans le même sens que le précédent; mais il a une action moins bien déterminée.

Autres topiques irritants. — Des topiques irritants sont aussi très fréquemment appliqués à une distance plus ou moins grande du siége de l'affection. On emploie les cataplasmes sinapisés ou les sinapismes purs; les pédiluves, les manuluves sinapisés, ou rendus irritants à l'aide de l'acide hydrochlorique, ainsi qu'il suit :

℞ Acide hydrochlorique.. 180 gram. | Eau chaude................. Q. s.

Chez les enfants, dont la peau est plus délicate et plus sensible, et chez lesquels aussi la quantité d'eau nécessaire pour un bain de pied est beaucoup moindre, on ne devra employer que 50 à 60 grammes d'acide.

Adjuvants. — A tous ces moyens, qui doivent faire la base du traitement, on joint comme adjuvants des cataplasmes, des fomentations émollientes autour du cou. On a soin de maintenir dans la chambre du malade une température douce et rendue légèrement humide par l'évaporation d'une petite quantité d'eau.

Trachéotomie. — Lorsque ces divers agents thérapeutiques ont échoué, faut-il avoir recours à la trachéotomie comme moyen extrême? Nous avons vu qu'Arétée n'avait aucune confiance dans ce moyen; mais son opinion est loin d'avoir prévalu. Ainsi nous voyons déjà Riolan (1) se prononcer formellement pour cette opération. « *Si*, dit Riolan, *nihil proficiat, neque colli scarificatio, ad* bronchotomiam *deveniendum.* » Nous ne citerons pas tous les auteurs qui ont donné le même précepte : nous nous bornerons à dire que les médecins modernes s'accordent à reconnaître que, lorsque la suffocation est imminente, l'opération est indiquée. On objectera peut-être que, puisque sur le cadavre on ne trouve pas de tuméfaction très considérable, la difficulté de la respiration n'est pas la seule cause de la mort. Mais on peut répondre, comme nous l'avons déjà fait, que la tuméfaction a sans doute disparu, et que d'ailleurs les signes d'asphyxie prouvent suffisamment que l'obstacle apporté à l'hématose est, sinon l'unique, du moins la principale cause de la mort. Si j'ajoute qu'il est démontré par plusieurs exemples que le croup véritable peut exister sans qu'on puisse s'assurer de l'existence des fausses membranes, on reconnaîtra que, dans un pareil doute, on doit encore moins hésiter à pratiquer la trachéotomie. J'insiste sur ce point, parce que, dans un bon nombre des observations que j'ai parcourues, ce moyen a été négligé, et que la mort a été la terminaison presque constante. On peut même dire que les cas de guérison ont été d'heureuses exceptions. Plusieurs médecins anglais ont eu recours à la trachéotomie, et quelques-uns avec succès; mais nous avons vu plus haut que les cas pour lesquels ils avaient pratiqué cette opération étaient douteux pour la plupart, en sorte qu'il n'est pas permis de dire qu'il y eût toujours indication d'opérer. Dans trois cas de brûlure de la glotte, la bronchotomie fut pratiquée, et deux fois avec succès. Il me paraît évident que, dans des circonstances aussi graves, on ne peut pas hésiter, et que même il faut pratiquer l'opération, autant que possible, plus tôt qu'on ne le fait ordinairement.

Résumé, ordonnances. — A cet exposé des divers moyens thérapeutiques le plus fréquemment employés, je vais joindre, comme exemple, le traitement mis en usage dans les cas observés par Constant et traités par Guersant; puis je ferai connaître

(1) *Incheiridium anat.*, lib. V, cap. XIII.

celui qu'a employé le docteur Chavasse, parce qu'il présente quelques particularités que je n'ai pas encore pu mentionner.

IIIe Ordonnance.

TRAITEMENT MIS EN USAGE DANS LES CAS OBSERVÉS PAR CONSTANT, CHEZ LES ENFANTS DE CINQ OU SIX ANS (1).

Le premier jour de l'observation, quatrième de l'affection :
1° Appliquer huit sangsues sur la région antérieure du cou.
2° Un lavement purgatif.
3° Des sinapismes aux extrémités inférieures.
4° Ipécacuanha. (Constant n'indique pas la dose.)

IVe Ordonnance.

Deuxième jour de l'observation, cinquième de l'affection :
1° Tisane de mauve.

2° ℞ Calomel.. 0,75 gram.

Divisez en trois paquets à prendre dans les vingt-quatre heures.

3° Frictions sur le cou, avec l'huile de croton tiglium.
4° Un vésicatoire à la nuque.
5° Diète.

Ve Ordonnance.

Troisième jour de l'observation :
1° Six sangsues au cou.
2° Un vésicatoire à chaque cuisse.
3° Sirop d'ipécacuanha. (La dose n'est pas indiquée.)

VIe Ordonnance.

TRAITEMENT EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS PAR LE DOCTEUR HENRY CHAVASSE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE VINGT ANS.

Premier jour de l'observation, deuxième de l'affection :
1° Une saignée de 1000 grammes.
2° Après la saignée, dix-huit sangsues au cou.
3° Lavement purgatif *illicò.*

℞ Calomel...............	0,16 gram.	Conserve de rose.............	Q. s.
Opium en poudre.........	0,1 gram.		

Faites six pilules.

Dose, une toutes les trois heures dans une ou deux cuillerées de la mixture suivante :

(1) Le traitement devant être très actif, j'ai cru devoir donner l'ordonnance pour chaque jour.

℞ Acétate d'ammoniaque liquide. 12 gram. | Mixture camphrée............ 160 gram.

Mêlez.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Dans la période d'excitation et de fièvre :* Tisanes adoucissantes et légèrement calmantes ; saignées copieuses chez l'adulte, sangsues à la région laryngienne, répétées plusieurs fois ; cataplasmes émollients, fumigations émollientes et narcotiques, opiacés, vomitifs, éméto-cathartiques, purgatifs.

2° *Dès que la période d'asphyxie commence :* Révulsifs et dérivatifs ; vésicatoires sur la région laryngienne, à la nuque, aux extrémités inférieures ; frictions autour du cou avec l'huile de croton tiglium ; sinapismes aux extrémités, pédiluves et manuluves sinapisés, ou rendus excitants à l'aide de l'acide hydrochlorique.

3° Dès qu'il devient évident que ces moyens sont insuffisants, pratiquer la trachéotomie (1).

ARTICLE II.

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.

Dans tous les traités généraux, dans tous les articles consacrés aux maladies du larynx, la laryngite chronique simple a trouvé sa place et a été décrite comme s'il était assez commun d'en rencontrer des exemples. C'est là néanmoins une manière de voir qu'on ne saurait adopter sans restriction. Si, en effet, on veut parler de la laryngite chronique légère, de celle qui ne consiste qu'en un enrouement plus ou moins marqué, avec un sentiment de gêne dans l'organe de la voix, il est certain qu'on a assez fréquemment occasion d'observer cette maladie ; mais s'il s'agit d'une laryngite chronique donnant lieu à des accidents graves et demandant un traitement actif, il est facile de s'assurer que la science est très pauvre en observations semblables, et que presque tous les faits cités sont relatifs à une autre forme de laryngite que l'inflammation simple de la muqueuse laryngienne. Cependant on en possède quelques cas, et c'est d'après eux que j'exposerai ce que nous savons de plus positif sur cette maladie.

Comme pour la laryngite aiguë simple, et pour les mêmes raisons, j'aurai soin, dans la description suivante, de présenter séparément ce qui est relatif à la laryngite chronique légère et à la laryngite chronique intense.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *laryngite chronique simple* est celle qui affecte uniquement les parties molles du larynx sans déterminer d'altération profonde de substance ; celle, en un mot, qui consiste en une inflammation bornée à la membrane muqueuse, et qui parcourt lentement ses périodes.

Comme je l'ai dit plus haut, la laryngite chronique légère est assez fréquente ; on voit souvent des sujets, d'ailleurs bien portants, avoir une voix rauque, sourd désagréable, presque éteinte, symptôme qu'on ne peut rapporter qu'à une irri tion chronique de l'organe de la voix.

(1) Voyez, pour les détails de l'opération et les soins consécutifs, l'article *Œdème de glotte*, où elle sera décrite avec les plus grands détails.

Sous le nom de *laryngite chronique*, beaucoup d'auteurs ont réuni, dans une seule et même description, la laryngite chronique simple et toutes les autres espèces de laryngites qui se développent lentement et font de continuels progrès. Nous ne croyons pas devoir suivre cet exemple, parce que, sous le rapport de quelques symptômes, et surtout sous celui de la gravité et de la terminaison, la laryngite chronique *simple* se distingue entièrement des autres. Cherchons donc, dans le petit nombre d'observations que nous possédons, à caractériser l'inflammation simple du larynx à l'état chronique.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous savons positivement que le jeune *âge* est exempt de cette affection, à moins qu'elle ne succède au croup, comme cela a eu lieu dans deux cas cités par MM. Trousseau et Belloc (1). Matthew Baillie affirme que cette affection est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (2). Cette proposition est exacte relativement à la laryngite légère, mais il ne s'ensuit pas qu'il y ait dans le *sexe* masculin une prédisposition plus grande à contracter cette affection; la différente manière de vivre des deux sexes paraît seule être cause de cette fréquence plus grande de la laryngite chronique légère chez les hommes; car lorsque les femmes prennent les mêmes habitudes, elles en sont aussi facilement atteintes. Voilà tout ce que nous savons sur les causes prédisposantes de la laryngite chronique simple; l'influence du tempérament, de la constitution, de l'habitation, etc., ne nous est pas connue.

2° Causes occasionnelles.

1° *Laryngite chronique légère*. — Comme la laryngite aiguë légère, elle consiste presque entièrement en un simple enrouement, dont les causes déterminantes ne sont pas difficiles à saisir. Les individus qui en sont affectés font habituellement de *grands efforts de voix*, qui, à la longue, finissent par altérer profondément la pureté des sons: ainsi les crieurs publics, les marchands ambulants, les chanteurs des rues, sont fréquemment affectés de cette maladie à son plus haut degré. Les chanteurs qui ne sont exposés qu'à des fatigues de voix momentanées, et qui d'ailleurs savent se ménager, ne présentent pas l'affection à un aussi haut degré; mais après des fatigues plus ou moins prolongées, la voix, d'abord claire, se voile sensiblement; la cause est la même et produit les mêmes résultats, mais à un moindre degré, parce qu'elle est plus faible.

Lorsque l'habitude des *excès alcooliques* vient se joindre à la cause mentionnée ci-dessus, la production de la maladie est presque infaillible; on en a la preuve dans les exemples nombreux fournis par les filles publiques, et surtout par celles du plus bas étage, qui se livrent journellement à des excès de boisson. Les alcooliques ont-ils quelque part dans la production de la maladie, ou bien les grands efforts de voix, devenant beaucoup plus fréquents pendant l'ivresse, suffisent-ils seuls pour déterminer l'irritation chronique du larynx? Il est difficile de répondre à cette

(1) *Traité pratique de la phthisie laryngée*. Paris, 1835, obs. XV.
(2) *Lectures and observ. on med.*, by late Matthew Baillie. London, 1825.

question. Cependant, si l'on considère que, pendant l'ivresse, des cris qui tiennent du râle sont souvent poussés, que le larynx et la gorge semblent déchirés par les sons qui les traversent, on est porté à croire que la fatigue si grande qui en résulte agit seule sur l'organe. Si quelques individus sont pris d'un enrouement passager le lendemain d'une orgie, ce sont uniquement ceux qui ont fait les plus grands efforts de voix, et chez eux l'introduction de l'alcool dans les voies digestives ne paraît avoir qu'une faible influence. Or il est facile de concevoir qu'une irritation semblable, répétée à des intervalles rapprochés, produise, au bout d'un certain temps, une inflammation chronique.

Les grandes *fatigues corporelles* ont été données comme causes de laryngite chronique légère. Il est certain, et tous les physiologistes l'ont reconnu, que la fatigue générale se fait sentir d'une manière remarquable sur le larynx. C'est par l'altération de la voix que commence la fatigue, et c'est par elle qu'elle finit. On en a la preuve dans les maladies des autres organes. Les forces ne sont pas encore abattues que la voix a déjà faibli sensiblement; et lorsque le retour de la vigueur naturelle est déjà évident, la voix conserve, en grande partie, son affaiblissement morbide; certains sons, qui étaient facilement émis, ne sortent pas, ou ne sortent que voilés. Ce sont surtout les notes aiguës qui souffrent de cette fatigue. Le fait est donc démontré; mais doit-on regarder cette altération de la voix comme le résultat d'une véritable laryngite? Nous ne le pensons pas. C'est une altération des fonctions due au peu d'énergie des muscles laryngiens par suite de l'épuisement. La cause dont il s'agit ne peut donc pas être rangée parmi celles de la laryngite chronique. Nous reviendrons sur ce point à l'occasion du diagnostic.

2° *Laryngite chronique intense.* — La plupart des auteurs ayant décrit la laryngite simple avec les autres espèces, sans établir de distinction bien tranchée, il est difficile de reconnaître dans leurs écrits ce qui appartient en propre à la maladie dont il est question ici. Voici à quoi se bornent nos documents. Les docteurs J. Graves et W. Stokes (1) disent qu'ils ont observé un certain nombre de cas de laryngite chronique déterminée par le *froid*, mais ils n'entrent dans aucune explication à ce sujet. Baillie (*loc. cit.*) dit que cette maladie est commune en Angleterre. Enfin, MM. Trousseau et Belloc (2) rapportent deux observations où l'on voit les symptômes d'une laryngite survenir après un *croup* pour lequel on avait pratiqué la trachéotomie, et durer pendant trois semaines, jusqu'au moment où l'on mit en usage un traitement approprié.

L'*inspiration* longtemps prolongée de *substances irritantes*, soit en poudre, soit en vapeur, peut-elle donner lieu à la laryngite chronique? C'est ce qu'il est permis de penser, mais ce qui n'est point encore rigoureusement démontré par des faits bien observés.

§ III. — Symptômes.

1° *Laryngite chronique légère.* — Le principal symptôme est l'*altération de la voix*. Cettte altération peut varier à l'infini : lorsqu'elle est légère, la voix est rauque dure à l'oreille, un peu couverte; lorsqu'elle est parvenue à son plus haut deg

(1) *Clinical Report of cases in the med. words of the meat hospital* (*Dublin hospital Report* 1830, vol. V).

(2) *Traité pratique de la phthisie laryngée*, p. 113 et 114.

la voix est basse, râlante; on entend dans la gorge une espèce de sifflement qui se mêle à tous les sons, et le sujet affecté est obligé, pour se faire entendre, de faire des efforts extrêmement sensibles. Les sons aigus sont ceux qui sont le plus profondément altérés, et souvent même ils sont presque entièrement perdus. Il est rare qu'une véritable douleur dans le larynx accompagne cette altération de la voix; mais il existe une gêne plus ou moins marquée, qui excite à faire des efforts d'expiration, accompagnés d'un bruit râlant comme pour chasser un corps étranger. Ces efforts ne sont ordinairement suivis d'aucune expectoration ; lorsque quelques crachats sont excrétés, ils n'ont pas de caractères particuliers.

Quant à la *pression* exercée sur le larynx, à l'*inspection*, à l'*auscultation*, il est facile de concevoir qu'elles ne révèlent aucun signe d'une valeur réelle. Les symptômes généraux sont entièrement nuls ; la maladie est essentiellement locale.

2° *Laryngite chronique intense.* — C'est surtout lorsqu'il s'agit de décrire les symptômes de cette espèce de laryngite, que le défaut de faits non douteux se fait sentir. Comment, en effet, trouver dans les auteurs une description de la laryngite simple chronique, lorsqu'ils n'ont pas le soin d'établir une division rigoureuse fondée sur les signes qui peuvent faire distinguer les unes des autres les laryngites chroniques avec ou sans lésions profondes? Parmi les observations que nous avons consultées, il en est beaucoup qui n'ont point elles-mêmes toute l'utilité qu'elles devraient avoir, parce qu'il est presque toujours impossible de se défendre de quelques doutes sur la réalité de l'absence de toute lésion ulcéreuse ou autre. C'est assurément une impression que partageront tous ceux qui les liront attentivement. Cherchons, avec le peu de matériaux qu'il est permis de mettre en œuvre, à donner une idée de cette affection si mal connue.

L'*enrouement*, le *râlement de la voix*, l'*aphonie*, se font encore remarquer dans ce degré de la laryngite chronique simple, et ils sont plus intenses que dans la laryngite légère, mais ils ne le sont jamais autant que dans la laryngite ulcéreuse, où les cordes vocales sont si souvent détruites. Dans près de la moitié des cas cités par M. Trousseau, la voix fut seulement voilée.

La *douleur du larynx*, qui manquait dans la laryngite légère, se fait sentir dans celle-ci; elle est ordinairement peu intense, mais fatigante en ce qu'elle se reproduit toutes les fois que le malade parle, et surtout quand il tousse. Quelques auteurs ont avancé que la pression sur le larynx était douloureuse ; mais s'agissait-il bien d'une laryngite simple ? C'est ce qui est loin d'être démontré.

La *toux* n'a aucun caractère particulier; elle est gutturale comme dans la laryngite légère, et presque toujours provoquée par une sensation de gêne dans l'organe, semblable à celle que produirait un corps étranger de petit volume. Une *expectoration* de crachats jaunâtres ou grisâtres, opaques, non striés de sang, a été notée le plus souvent. Quelquefois les crachats sont pelotonnés, presque concrets; c'est surtout le matin que ces derniers sont excrétés.

La *gêne de la respiration* n'a généralement pas été étudiée d'une manière convenable. Dans deux des cas cités par MM. Trousseau et Belloc, il y avait un peu de dyspnée quand les sujets se livraient à un exercice un peu violent, comme celui de monter un escalier, de courir, ou même marcher un peu vite. L'inspiration était sifflante, surtout lorsque les malades parlaient. Il est inutile de dire qu'en pareil cas l'*auscultation du larynx* devait faire entendre les râles vibrants qui se pro-

duisent lorsque cet organe est rétréci ou obstrué par une substance visqueuse. Mais, suivant M. Beau (1), la laryngite chronique ne donne ordinairement lieu qu'à de légers râles bullaires, dus au déplacement facile de la matière muqueuse par l'air qui traverse le larynx. Il est fâcheux que cette proposition, comme au reste presque toutes celles qui sont relatives à l'auscultation du larynx, ne soit présentée qu'à l'état de généralité, et ne soit pas appuyée sur des faits convenablement exposés.

Y a-t-il, dans cette affection, des *symptômes généraux?* S'il en existe, ils sont du moins très faibles. Il n'en est pas question dans la plupart des cas rapportés par MM. Trousseau et Belloc ; et dans ceux qui sont cités par d'autres auteurs, ils paraissent toujours dus à une complication quelconque. Il en résulte que la laryngite chronique *simple* n'est pas une maladie très alarmante, et c'est peut-être là un motif du peu de soin qu'on a mis à l'étudier.

Les symptômes que je viens de décrire peuvent, suivant tous les auteurs, acquérir une très grande intensité. A ce sujet, nous citerions un cas emprunté à M. Fournet par MM. Trousseau et Belloc, si un épaississement considérable, joint à une dureté squirrheuse qui rendait le tissu cellulaire semblable à un véritable tissu lardacé, ne venait jeter des doutes sur la simplicité de la laryngite. Il est fâcheux que ni M. Fournet, auteur de l'observation, ni MM. Trousseau et Belloc, n'aient fait connaître leur opinion sur ce point. Nous n'avons pas besoin de dire que cet état des parois du larynx occasionnait un rétrécissement notable de la glotte.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Comme chacun sait, la *marche* de la laryngite chronique légère présente des irrégularités plus ou moins grandes, suivant que les sujets se livrent plus ou moins aux excès qui l'ont produite et qui l'entretiennent. Quant à la laryngite chronique intense, le défaut d'un nombre suffisant d'observations ne permet pas d'avoir une opinion arrêtée sur ce point.

Il en est de même de la *durée*. Nous savons positivement que la laryngite chronique légère a une durée illimitée, car nous en avons journellement des exemples sous les yeux ; mais pour la laryngite chronique intense nous sommes dans un embarras dont nous ne pourrions sortir que par de pures hypothèses.

La première de ces deux affections n'occasionne jamais la mort. Quant à la seconde, plusieurs auteurs, tant anciens que modernes, pensent que la laryngite chronique simple, lorsqu'elle est négligée, peut dégénérer en laryngite ulcéreuse; d'où il suivrait que cette affection serait susceptible d'avoir une *terminaison* funeste. Parmi les modernes, M. le professeur Cruveilhier est celui qui s'est prononcé le plus positivement à cet égard. Il dit (2) : « J'ai vu les individus les plus vigoureux et les moins prédisposés succomber victimes de cette maladie... La marche d'un certain nombre de laryngites m'a montré une diminution notable dans les symptômes obtenus à plusieurs reprises par l'effet d'une médication convenable, des rechutes à la suite d'imprudences; de telle sorte que la phthisie laryngée a été évidemment

(1) *Traité expérimental et clinique d'auscultation*. Paris, 1856, p. 41 et suiv.
(2) *Dictionnaire de méd. prat.*, t. XI.

le dernier terme de la laryngite chronique, aggravée par plusieurs recrudescences. »

Ces raisons sont-elles suffisantes ? Nous ne le pensons pas. Qu'est-ce qui prouve, en effet, que les laryngites survenues chez les sujets vigoureux dont parle M. Cruveilhier n'étaient pas, dès le principe, des laryngites ulcéreuses, et probablement des laryngites syphilitiques? La diminution notable des symptômes à des intervalles variables ne suffit pas, car on sait qu'elle se remarque aussi dans la laryngite chronique ulcéreuse. Jusqu'à ce que les faits aient prononcé, nous devons nous abstenir de tout jugement sur ce point, quoique l'analogie doive nous faire penser que les ulcères du larynx ne sont réellement pas la terminaison d'une inflammation pure et simple. C'est un sujet sur lequel nous reviendrons à l'occasion de la laryngite ulcéreuse. Quant à présent, nous nous bornons à constater que la terminaison de la laryngite chronique simple, à son degré le plus intense, n'a pas été convenablement étudiée, et que, par conséquent, tout ce qu'on en dit dans les articles généraux peut être plus ou moins probable, mais n'est nullement prouvé.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les altérations organiques que la laryngite chronique laisse après elle n'ont été étudiées que dans des cas où cette maladie existait comme complication d'une maladie de poitrine, et encore n'est-ce que les cas de laryngite chronique grave qui ont été soumis à un examen attentif. Nous ne dirons donc rien des lésions anatomiques de la laryngite chronique légère ; mais nous exposerons en peu de mots ce qui a été trouvé chez les sujets morts avec une laryngite chronique simple compliquante, parce que tout porte à croire que cette maladie, à l'état idiopathique, n'offre pas d'autres lésions. C'est à M. Andral (1) que nous emprunterons cette description, car lui seul l'a tracée d'une manière complète.

On trouve une rougeur tantôt générale, tantôt partielle de la face interne du larynx. Assez fréquemment cette rougeur n'occupe que la face laryngienne de l'épiglotte ; quelquefois elle est bornée au fond des ventricules, et M. Andral n'a, dans quelques cas de phthisie, trouvé que cette rougeur si bornée, alors même que la voix avait été éteinte pendant un temps assez long, de telle sorte qu'il est porté à attribuer l'aphonie, non à cette faible lésion, mais à une sécrétion surabondante de mucosités.

Souvent il existe un ramollissement notable de la membrane muqueuse du larynx, une augmentation considérable de son volume, et enfin un développement de petites taches d'un blanc mat, que leur forme régulière, leur saillie, leur injection « qui occupe soit leur périphérie, soit leur centre, à l'instar des deux cercles vasculaires de l'iris, » portent M. Andral à regarder comme des follicules muqueux enflammés.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

1° *Diagnostic.* — Il est extrêmement facile de reconnaître la laryngite chronique légère, et l'on ne peut guère la confondre avec aucune autre affection, lorsqu'elle a déjà duré un certain temps. Si en effet on observe, pour tous symptômes, la raucité de la voix et une légère toux gutturale, qui semble avoir pour but de débar-

(1) *Clinique médicale*, 3e édit., t. IV, p. 187 et suiv.

rasser les voies aériennes d'un corps qui les gêne, et si la santé générale persiste, on ne peut pas croire à l'existence d'une autre maladie qu'une irritation légère du larynx. Mais le cas est plus difficile lorsque l'affection est encore à son début. Nous verrons, en effet, que les autres espèces de laryngites chroniques ont toutes des commencements peu inquiétants, et que les symptômes qu'elles présentent d'abord ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui ont été assignés plus haut à l'espèce dont il s'agit.

Mais si l'on songe que, dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, la laryngite chronique avec altération profonde des tissus n'est qu'une complication d'une autre maladie, on sera conduit, par voie d'exclusion, à réduire le diagnostic à la comparaison de la laryngite chronique simple avec la *laryngite syphilitique*. Or, pour distinguer ces deux affections, il faut rechercher avec soin s'il n'existe pas sur d'autres parties du corps des signes de syphilis constitutionnelle, tels qu'ulcères et syphilides de toute espèce; on doit aussi inspecter avec soin le pharynx, car ses parois peuvent présenter des ulcérations caractéristiques. Les antécédents du malade seront interrogés rigoureusement; il faut par tous les moyens s'assurer de l'existence ou de la non-existence du virus syphilitique. Si l'on ne peut y parvenir, et si toute la maladie est renfermée dans le larynx, le temps seul pourra éclairer le praticien, en lui démontrant l'innocuité de la laryngite simple légère.

Le diagnostic de la *laryngite chronique intense* est environné de la plus profonde obscurité. Il est facile de s'assurer qu'il existe une laryngite; mais à quoi peut-on reconnaître que c'est une laryngite simple plutôt que toute autre espèce? Voilà ce que les auteurs n'ont pas suffisamment éclairci, et voilà ce que l'insuffisance des observations ne nous permet pas d'indiquer d'une manière satisfaisante. Exposons le diagnostic d'après le peu de documents qu'on trouve dans les auteurs.

Parmi les *maladies dont le siége n'est point dans le larynx*, il n'en est guère qui puissent réellement donner lieu à une erreur de diagnostic. Les *affections du pharynx* sont accessibles à la vue, et la seule inspection suffit pour les faire reconnaître. Il n'y aurait donc que les *tumeurs* développées plus profondément, mais toujours aux environs du larynx, qui, en déterminant la gêne de la respiration, la raucité, l'aphonie, pourraient faire croire, dans les premiers temps, à une laryngite chronique simple. Lorsqu'il s'agira de ces tumeurs, nous dirons un mot de ce diagnostic, dont les difficultés sont très grandes; il serait prématuré d'en parler ici.

Parmi les *affections qui ont leur siége dans le larynx*, celles qui peuvent être le plus facilement confondues avec la laryngite simple chronique sont l'aphonie nerveuse, la laryngite ulcéreuse et la présence de corps étrangers dans le larynx.

L'*aphonie nerveuse* se distingue de la laryngite chronique simple : 1° par l'état de la voix, qui est toujours plus ou moins éteinte, et cela presque dès le début de l'affection, quelquefois même brusquement; dans la laryngite, au contraire, la voix, nous l'avons vu, est seulement rauque, ou si elle est éteinte, comme dans les cas cités par M. Andral, ce n'est qu'après une assez longue durée de la maladie; 2° il n'y a, dans l'aphonie nerveuse, ni gêne dans le larynx, ni douleur, ni dyspnée, à moins de complication; le contraire existe, quoique à un faible degré, dans la laryngite; 3° pas d'expectoration dans l'aphonie nerveuse.

Avant de comparer la *laryngite ulcéreuse* à la laryngite chronique simple, il

[redacted]

faut avoir soin de distinguer celle qui est de nature syphilitique ou cancéreuse de celle qui ne l'est pas.

La *laryngite ulcéreuse non syphilitique* ou *non cancéreuse* est presque toujours une complication de la phthisie pulmonaire. C'est un point qui sera discuté plus loin. Ainsi donc tout ce qui fait reconnaître la phthisie commençante (car dans les cas de phthisie confirmée il n'y a aucune difficulté) servira à faire établir le diagnostic. L'amaigrissement, la toux, les sueurs nocturnes, l'affaiblissement et surtout l'altération du son de la poitrine et du bruit respiratoire sous les clavicules, devront être recherchés avec soin; car aucun de ces symptômes n'existe dans la laryngite simple idiopathique. Dans quelques cas, l'examen du malade n'ayant pas été fait avec tout le soin convenable, on a cru que la laryngite existait seule, quoiqu'il n'en fût rien; cela prouve que quelquefois le diagnostic devient très difficile, car les signes pectoraux, qui seuls peuvent nous guider, sont alors très légers.

Quand la laryngite ulcéreuse est de nature *cancéreuse*, on a pour se guider dans le diagnostic : 1° les signes de la cachexie cancéreuse : amaigrissement, faiblesse, langueur, teint jaune-paille, et quelquefois la présence de tumeurs cancéreuses dans d'autres parties du corps; 2° la douleur, généralement plus vive que dans la laryngite simple; 3° la crépitation produite par la pression sur les cartilages du larynx, lorsque les désordres sont considérables; 4° l'expectoration, qui n'a dans la laryngite simple aucun caractère, ainsi que nous l'avons vu, et qui, dans la laryngite cancéreuse, se présente sous forme de crachats filants ou spumeux, mêlés d'une quantité variable de pus et de sang, et quelquefois de détritus des cartilages corrodés; 5° enfin l'inspection de l'arrière-gorge. On peut en effet, dans le cancer ulcéré du larynx, apercevoir une tuméfaction, une déformation, et souvent une destruction partielle de l'épiglotte, qui fait reconnaître la nature de la maladie.

Il est beaucoup plus difficile de distinguer au début la laryngite chronique simple de la *laryngite syphilitique*. Nous avons indiqué ailleurs quels étaient les moyens d'y parvenir. Nous ajouterons seulement ici que la laryngite chronique simple peut exister longtemps sans amener de grands désordres dans l'état général du malade; il n'en est pas de même de la laryngite syphilitique, qui, outre une altération plus profonde de la voix, et souvent une expectoration purulente et sanglante, finit par produire une véritable cachexie dont le traitement le mieux indiqué a quelquefois beaucoup de peine à tirer le sujet.

On a cité des cas dans lesquels des *corps étrangers* d'un petit volume sont longtemps restés dans le larynx, et y ont causé des accidents qu'on pourrait confondre avec les symptômes de la laryngite chronique simple. Mais une seule considération suffira pour établir le diagnostic. Lorsqu'un corps étranger reste longtemps dans le larynx, on observe des intervalles de calme très marqués et très fréquents; c'est ce qui n'a pas lieu dans la laryngite chronique simple.

Quant à l'*auscultation du larynx*, on n'a pas encore déterminé définitivement valeur dans le cas dont il s'agit. Celle de la poitrine serait peut-être plus utile; r la présence des corps étrangers peut rendre le bruit respiratoire plus faible dans ut le thorax.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC (1).

1° *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de l'aphonie nerveuse.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	APHONIE NERVEUSE.
Voix rauque, *rarement éteinte*, et seulement à une époque avancée de la maladie.	*Voix* plus ou moins *éteinte*, peu de temps après le début, ou brusquement.
Douleur du *larynx*; *respiration* gênée, quelquefois sifflante.	Point de *douleur*; point de *gêne*; point de *difficulté de la respiration*.
Expectoration de crachats muqueux.	Pas d'*expectoration*.

2° *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de la laryngite ulcéreuse non syphilitique et non cancéreuse, à son début.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	LARYNGITE ULCÉREUSE, AU DÉBUT.
État général parfait, *aucun signe de tubercules*.	Presque toujours, *signes généraux* et locaux des *tubercules pulmonaires*.

3° *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de la laryngite ulcéreuse cancéreuse.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	LARYNGITE ULCÉREUSE CANCÉREUSE.
État général parfait.	Amaigrissement, faiblesse, langueur, teint jaune-paille (cachexie cancéreuse).
Douleur légère.	*Douleur* vive.
Pas de *crépitation*.	Quelquefois *crépitation* produite par la pression sur les cartilages du larynx.
Expectoration de matières purement muqueuses.	*Expectoration* de matières muco-purulentes; détritus cartilagineux.
On ne découvre rien dans l'*épiglotte*, quand on peut la voir distinctement.	Quelquefois épaississement, déformation, ulcères de l'*épiglotte*.

4° *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et de la laryngite syphilitique.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	LARYNGITE SYPHILITIQUE.
Point d'*infections* vénériennes.	*Infections* vénériennes antécédentes.
Ni ulcères *vénériens*, ni *syphilides*, ni *exostoses*.	*Ulcères* vénériens; syphilides sur d'autres parties du corps; *exostoses*, etc.
Expectoration toujours muqueuse.	A une époque avancée de la maladie, *expectoration* de matières muco-purulentes.
État général bon.	*Cachexie* syphilitique.

5° *Signes distinctifs de la laryngite chronique simple et des corps étrangers séjournant longtemps dans le larynx.*

LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.	CORPS ÉTRANGERS DANS LE LARYNX.
Commémoratifs nuls.	*Commémoratifs :* Suffocation subite lors de l'introduction du corps étranger.
Accès de suffocation *peu marqués*; gêne de la respiration toujours existante.	*Accès* de suffocation *plus ou moins viol*[ents] séparés par de nombreux intervalles de ca[lme] profond.

(1) Nous ne présentons dans ce tableau que le diagnostic de la laryngite chronique inte[nse], car pour la laryngite chronique légère, il est trop facile pour avoir besoin d'être résumé.

Pronostic. — Suivant les auteurs qui se sont le plus occupés de l'inflammation chronique du larynx, la laryngite simple tend naturellement à la guérison : les excès et les imprudences du sujet entretiennent seuls son mal, et souvent l'aggravent. Quelques médecins ont signalé cette bénignité de la laryngite chronique simple comme pouvant servir à éclairer le diagnostic.

§ VII. — Traitement.

On ne doit pas s'attendre, à propos d'une maladie qui a été si légèrement étudiée, à une appréciation toujours rigoureuse des diverses méthodes de traitement mises en usage. C'est ce qu'avait déjà remarqué le docteur J.-K. Walker en 1822 (1), et ce qui est encore vrai aujourd'hui. « Si nous nous en rapportons, dit cet auteur, » aux écrits publiés sur ce sujet, les sangsues, les vésicatoires, les frictions mercu- » rielles, l'émétique, l'hydrochlorate d'ammoniaque et le calomel sont autant de » moyens qui comptent des succès ; mais on n'a pas eu soin de noter (ce qui était » indispensable) quel était le degré de la maladie. » En d'autres termes, les auteurs ont négligé de faire la part des diverses espèces de laryngite. Bornons-nous donc à indiquer aux praticiens les moyens proposés, laissant à l'expérience le soin de prononcer sur leur valeur réelle.

1° La *laryngite chronique légère* ne demande véritablement aucun traitement. Changer les conditions hygiéniques, mettre un terme aux excès de tout genre qui ont fait naître cette affection de peu d'importance, c'est là tout ce que le médecin doit recommander. Les sujets qui ont besoin de toute l'intégrité de leur voix, comme les chanteurs, devront non-seulement changer leurs habitudes, mais encore se condamner pendant quelque temps à un silence presque absolu, et faire le traitement émollient et légèrement narcotique que je vais indiquer pour la laryngite chronique intense.

2° *Laryngite chronique intense.* — Lorsque cette affection présente un certain degré d'acuité, il faut, d'après tous les auteurs, avoir recours à quelques-uns des moyens qui ont été indiqués à l'article *Laryngite aiguë simple.* Ainsi les *émollients*, quelques *sangsues*, une *saignée générale* et l'application de quelques *ventouses scarifiées* à la nuque (moyen qui, d'après MM. Trousseau et Belloc, doit passer après les deux autres), seront mis en usage. MM. Trousseau et Belloc proscrivent l'emploi des topiques émollients sur la région laryngienne, parce que, disent-ils, leur application provoque vers la gorge une fluxion sanguine considérable, et que les accidents, loin d'être calmés, subissent au contraire une grande aggravation. Quoi qu'il en soit, il faut bientôt recourir à d'autres remèdes, si l'on n'a pas été forcé de les employer dès le début.

Les tisanes qu'on prescrira, au lieu d'être simplement émollientes, seront *légèrement stimulantes* ou légèrement toniques, telles que les infusions de racine de bardane, de lierre terrestre, d'hysope, édulcorées avec le sirop de fumeterre.

Ces tisanes doivent être continuées pendant toute la durée de la maladie ; on les varie facilement, en ayant recours à des plantes qui jouissent à peu près des mêmes propriétés, telles que la sauge, le romarin, etc.

Dans deux cas où la laryngite avait produit une aphonie presque complète, M. le

(1) *The London medical Repository*, t. XVII.

docteur Saucerotte père (1) vit ce symptôme disparaître promptement après l'administration de l'*alun à l'intérieur*, qu'il prescrivit de la manière suivante :

℞ Potion gommeuse........ 125 gram. | Alun..... de 1 à 3 gram. progressivement.

A prendre par cuillerées.

Révulsifs. — Il est fort rare que la médication précédente obtienne un plein succès, et les praticiens qui ont le mieux étudié cette maladie ont presque toujours hâte de recourir à d'autres moyens, en tête desquels il faut placer les *révulsifs* : mais ici les avis sont partagés sur quelques points. Plusieurs auteurs, et entre autres MM. Trousseau, Belloc et Blache, pensent que le *vésicatoire volant* n'a pas d'utilité réelle, et qu'il faut employer le *vésicatoire* à demeure, dont l'action prolongée peut seule avoir un effet avantageux. Matthew Baillie, au contraire, recommande l'application réitérée de petits vésicatoires successivement appliqués sur la partie antérieure du cou et sur la région supérieure du sternum. Auquel de ces deux procédés devons-nous accorder la préférence ? L'expérience n'ayant pas prononcé sur ce point, le praticien ne doit en exclure aucun, bien que les raisons données par MM. Trousseau et Belloc soient plausibles. Ainsi ce sera au médecin à se décider suivant ce que les circonstances lui paraîtront indiquer. Le cas étant moins pressant que dans la laryngite aiguë, on n'aura pas besoin de recourir à des vésicatoires plus actifs que les vésicatoires ordinaires. Quant au lieu où il faut les appliquer, c'est sur la région laryngienne elle-même, chez les femmes et les enfants, et à la nuque chez les hommes, la barbe étant, comme on l'a fait remarquer, un obstacle à son application sur la partie antérieure du cou.

Suivant Matthew Baillie, le remède *peut-être* le plus utile est un petit *séton* passé sous la peau d'un des côtés du cou, très près du larynx. MM. Trousseau et Belloc, sans se prononcer sur la valeur absolue du séton, pensent qu'il vaut mieux adopter ce lieu d'élection que de placer cet exutoire à la nuque, où d'autres praticiens ont cru devoir le mettre, et le préfèrent au vésicatoire, parce qu'il est *moins douloureux*, *moins irritant*, *moins difficile à panser*.

Ces deux derniers auteurs emploient le plus souvent, mais, disent-ils, sans en retirer de très bons effets, et uniquement parce que les malades y répugnent moins, les *frictions avec la pommade stibiée* et l'*escarification* du derme par la potasse caustique.

FRICTIONS STIBIÉES, D'APRÈS MM. TROUSSEAU ET BELLOC.

Pour pratiquer les frictions stibiées, prenez :

Pommade d'Autenrieth.

Tartre stibié.............. 4 gram. | Axonge.................... 12 gram.

Mêlez parfaitement.

On pratiquera deux ou trois frictions par jour avec gros comme une noisette de cette pommade. Suivant MM. Trousseau et Belloc, « les frictions doivent être continuées quelques jours de suite, et l'on ne doit pas les abandonner au moment

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 30 avril 1850.

où elles commencent à faire naître des pustules ; il faut, au contraire, insister pendant un ou deux jours, jusqu'à ce que l'éruption stibiée soit confluente. Lorsque ensuite les croûtes commencent à tomber, il faut revenir au même moyen, et ainsi deux fois par mois tout le temps que dure la *phthisie laryngée.* » (*Loc. cit.*, page 311.)

Nous ferons, au sujet de cette médication, une remarque qui rendra sans doute le praticien très réservé dans son emploi. L'usage de la pommade stibiée, surtout lorsqu'il est longtemps continué, peut laisser des traces profondes sur la peau. Sans doute ce ne serait pas là un motif de l'abandonner, s'il était rigoureusement prouvé par les faits que ce médicament a de grands avantages ; mais c'est là ce que l'observation n'a pas encore démontré.

Voici comment les mêmes auteurs prescrivent la *potasse caustique.*

EMPLOI DE LA POTASSE CAUSTIQUE D'APRÈS MM. TROUSSEAU ET BELLOC.

« On applique tous les huit jours, sur l'un ou l'autre côté du larynx et de la trachée, un petit morceau de potasse caustique. Par ce moyen on finit par avoir en même temps cinq ou six cautères en suppuration, sans qu'il soit besoin de les entretenir en y plaçant des pois. »

Les réflexions que nous avons faites à propos de l'emploi de la pommade stibiée s'appliquent à l'usage de la potasse caustique.

D'autres médecins ont appliqué ces mêmes révulsifs loin du siége de la maladie, au bras ou à la jambe ; mais rien ne prouve que cette pratique ait été réellement suivie de succès.

Le docteur Hutchinson (1) a employé avec persévérance l'*huile de croton tiglium en frictions* dans la laryngite chronique, et de ses essais il conclut que ce médicament peut soulager les malades, mais non les guérir : il a vu, en effet, la voix s'améliorer et les autres symptômes diminuer, lorsque, sous l'influence des frictions, une éruption considérable se montrait sur la région laryngienne ; mais cette amélioration n'était que passagère. *Trois gouttes* d'huile de croton tiglium étaient chaque jour appliquées par lui sur la peau qui recouvre le larynx.

Tels sont les révulsifs proposés. Bien que tous les auteurs soient d'accord pour les recommander, il n'est pas un seul fait qui démontre positivement que la laryngite chronique simple ait été guérie par leur emploi. Le praticien ne devra donc, jusqu'à plus ample informé, avoir qu'une confiance limitée en eux ; il pourra et il devra même les prescrire comme moyens ayant une plus ou moins grande utilité, car le dernier mot n'est pas dit sur le traitement de la laryngite chronique ; mais il ne se reposera pas uniquement sur eux ; et, à moins de circonstances particulières qu'on ne saurait prévoir, il devra recourir, dès que l'action des révulsifs paraîtra douteuse, à une médication plus active.

Narcotiques. — Peut-être est-il sans exemple qu'on se soit abstenu de faire usage des *narcotiques* dans un cas de laryngite chronique. Ces médicaments ont en effet une telle influence sur la respiration, que toutes les fois que cette fonction éprouve une gêne marquée, on est presque invinciblement porté à les administrer. Voyons donc comment on les prescrit.

(1) *The Lancet*, 18 mai 1833.

Extrait de laitue. — M. Walker (1) prétend que l'extrait de laitue est quelquefois préférable à des sédatifs plus puissants ; on le donnera soit en pilules, suivant la formule que nous indiquerons plus loin, soit en potion, ainsi qu'il suit :

℞ Thridace	0,50 gram.	Sirop de gomme	20 gram.
Infusion de mauve	100 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées dans la journée.

Opium. — C'est le narcotique le plus usité ; on l'a rarement prescrit à haute dose dans la maladie qui nous occupe. Ainsi on n'administre pas plus de 3 à 10 centigrammes d'extrait gommeux, soit en pilules, soit en potion.

Datura stramonium. — Ce médicament est précieux lorsque l'opium n'a pas produit l'effet qu'on en attendait, car souvent, dans de semblables circonstances, il apporte beaucoup de soulagement. Dans l'affection dont il est ici question, on le prescrit surtout en fumigations, ou bien on le fait fumer sous forme de cigarettes. Les fumigations sont administrées de la manière suivante :

Fumigations narcotiques.

℞ Infusion de sureau ..... 1000 gram. | Poudre de datura stramonium.. 3 gram.

Une fumigation tous les soirs, ou matin et soir.

MM. Trousseau et Pidoux conseillent d'employer pour ces fumigations l'appareil proposé par MM. Gannal et Richard pour les fumigations de chlore. Nous ne pensons pas que l'action du datura soit assez active pour rendre nécessaire cet appareil, d'ailleurs très convenable, si l'on peut se le procurer ; un vase ordinaire, une simple théière, sont suffisants.

On fait encore plus souvent, depuis ces dernières années et d'après la recommandation de M. Cruveilhier, *fumer* le datura stramonium *comme du tabac* ; le mélange suivant est généralement adopté :

℞ Feuilles sèches de datura... 1 gram. | Feuilles sèches de sauge........ 1 gram.

Mêlez.

Cette quantité est suffisante pour une pipe, et l'on peut en faire fumer de une à trois par jour, suivant leur action. La même quantité peut être fumée dans du papier roulé en cigarette. Enfin, comme le font remarquer les auteurs que nous venons de citer, les hommes qui ont l'habitude de fumer n'ont qu'à mêler le datura à leur tabac.

On peut, sans inconvénient, remplacer le datura stramonium par la *belladone* ; seulement on doit élever la dose d'un cinquième ou d'un quart en sus.

Bennati, qui s'est beaucoup occupé des maladies de l'organe de la voix, conseillait une préparation dont je donnerai plus loin la formule, et dans laquelle on [illegible] dissoudre l'extrait de belladone dans l'alcool camphré. Suivant cet auteur, dans affections rhumatismales, l'extrait de *jusquiame* remplace, à la même dose, la belladone. Mais à quoi reconnaît-on que l'affection est de nature rhumatismale ? C[illegible] là une question à laquelle il n'est pas facile de répondre.

(1) *The London medical Repository*, t. XVII, 1822.

MM. J. Graves et W. Stokes ont conseillé le même moyen, mais sous une forme différente. Ils recommandent d'appliquer sur la partie antérieure du cou un emplâtre de belladone. La formule suivante remplit très bien cette indication :

Emplâtre de belladone.

℞ Extrait alcoolique de belladone.	36 gram.	Cire........................	4 gram.
Résine élémi...............	8 gram.		M.

Faites fondre la cire et la résine ; incorporez l'extrait (Planche).

Pour terminer ce que nous avons à dire des médicaments de cette espèce, nous ajouterons que Matthew Baillie, et avec lui plusieurs médecins anglais, ont fait usage de l'*extrait de ciguë*. Baillie en prescrit 30 centigrammes, à prendre trois fois par jour. Ainsi on pourra ordonner :

℞ Extrait de suc non dépuré de ciguë.	5 gram.	Poudre de feuilles de ciguë.........	Q. s.

Faites des pilules de 0,1 gram. dont on prendra neuf par jour.

Nous venons d'indiquer avec assez de détails les principaux narcotiques ou stupéfiants recommandés par les divers auteurs, parce que : 1° ils sont de l'usage le plus général, et 2° ils ont, au moins comme adjuvants, une utilité reconnue par tout le monde. Mais les réflexions que nous avons faites à propos des révulsifs s'appliquent également à ce genre de médicaments ; il n'est vraiment pas d'exemple positif de guérison opérée uniquement par ces moyens, en sorte qu'il faut de toute nécessité les joindre à d'autres, si l'on veut avoir le droit d'en attendre autre chose que du soulagement.

Est-il nécessaire de citer le traitement par les *escargots avalés vivants* qu'a proposé le docteur Chrestien (de Montpellier) ? Qu'il me suffise de dire que les observations rapportées par ce médecin (1) ne sont pas concluantes.

Résumé, ordonnances. — Ordinairement on a recours en même temps aux révulsifs et aux narcotiques, après avoir, si le cas l'exige, employé les antiphlogistiques, Voici comment le traitement doit être dirigé :

1re Ordonnance.

Pour un adulte, dans le cas où il reste des traces d'inflammation aiguë :

1° Infusion de mauve et de coquelicot, édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Une saignée du bras de 3 à 400 grammes, ou bien 15 à 20 sangsues sur la région laryngienne.

3° Fumigations émollientes et narcotiques, matin et soir (2).

4° Un vésicatoire à demeure, soit à la région laryngienne, soit à la nuque.

5° Si la région laryngienne est libre, y faire pratiquer les frictions suivantes, qui, cette partie est occupée par un vésicatoire, seront faites sur les parties latérales cou :

(1) *Revue médicale*, 1831.
(2) Voyez la *Laryngite aiguë*.

℞ Extrait de belladone.... . 0,6 gram. | Alcool camphré.............. 125 gram.

Dissolvez.

Faire deux ou trois frictions par jour, et seulement pendant les trois premiers jours du traitement (Bennati).

6° Ne permettre que deux ou trois bouillons par jour, jusqu'à ce que les symptômes d'inflammation soient dissipés.

IIe Ordonnance.

Pour un enfant de six à dix ans :

Les mêmes moyens doivent être employés; seulement :

1° Si l'on pratique la saignée du bras, on n'enlèvera que 100 à 150 grammes de sang;

2° Dans le liquide des frictions, l'extrait de belladone ne sera porté qu'à 2 ou 3 décigrammes.

Les enfants moins âgés étant très peu sujets à la laryngite chronique, il est inutile de faire une prescription particulière pour eux.

IIIe Ordonnance.

Pour un adulte, lorsqu'il ne reste plus aucun signe d'inflammation aiguë :

1° Pour tisane, décoction de racine de bardane, édulcorée avec le sirop de fumeterre; ou bien infusion de lierre terrestre, de sauge, etc., édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Un séton à la partie antérieure du cou, vers la partie inférieure du cartilage thyroïde.

3° Frictions deux ou trois fois par jour avec la pommade d'Autenrieth (voy. page 370) sur les parties latérales du cou, près du larynx.

Ou bien appliquer tous les huit jours, à droite et à gauche du larynx, de petits morceaux de potasse caustique, de manière à former de petits cautères qu'on n'entretient pas.

4° Tous les soirs, d'une à quatre des pilules suivantes :

℞ Thridace................ 4 gram. | Poudre de réglisse.............. Q. s.

Pour vingt pilules.

On peut prescrire la thridace en potion suivant la formule indiquée à la page 372.

5° Une fumigation tous les soirs, ou matin et soir, avec le datura stramonium (voy. page 372).

6° Régime doux et léger; n'accorder que la moitié ou au plus les trois quarts de la quantité ordinaire des aliments. Recommander de ne pas prendre les boissons ou les aliments trop chauds. Maintenir le corps dans une douce température.

IVe Ordonnance.

Adulte, dans un cas semblable au précédent :

1° Mêmes tisanes.

2° Appliquer successivement plusieurs petits vésicatoires volants autour du larynx et sur la partie supérieure du sternum (Baillie). Avoir soin de laisser libre un assez grand espace de la région laryngienne pour l'application suivante.

3° Sur la peau qui couvre le larynx, un emplâtre de belladone (voy. page 373).

4° Faire fumer de 1 à 3 grammes de feuilles de datura stramonium, unies à une égale quantité de sauge (voy. page 372).

5° Régime comme dans la prescription précédente.

A tous les narcotiques que je viens d'indiquer, on peut substituer, soit l'extrait gommeux d'opium à la dose de 3 à 10 centigrammes; soit, comme le proposent MM. Trousseau et Belloc (1), un *sel de morphine* (le sulfate ou l'hydrochlorate à la dose de 0,05 grammes), appliqué suivant la méthode endermique. Avec ce dernier médicament, on obtient une double action révulsive et narcotique, et la première n'est pas la moins marquée, car les sels de morphine agissent d'abord comme irritants sur la peau dénudée de son épiderme.

Les vésicatoires sur lesquels on appliquera ce médicament devront être placés le plus près possible du larynx. La dose du sel est de 3 à 5 centigrammes pour les adultes et les vieillards, et de 1 à 2 chez les enfants au-dessous de dix ans. L'emploi de ce remède, réunissant, comme nous venons de le dire, l'action révulsive et l'action narcotique, résume en quelque sorte la partie du traitement.

Préparations mercurielles. — Plusieurs médecins anglais ont conseillé les préparations mercurielles, et en ont vanté les effets; mais il y a une question préalable qu'ils ne se sont pas posée, et que cependant il faudrait de toute nécessité résoudre avant de se prononcer sur les effets d'un pareil traitement. Les laryngites dans lesquelles on a mis en usage ces médicaments étaient-elles ou non de nature syphilitique? Si ces laryngites étaient de nature syphilitique, nul doute que le traitement n'ait eu une grande influence sur la terminaison de la maladie, et en l'absence de preuves, on doit supposer qu'il en était ainsi. Dans plusieurs observations, et notamment dans celles des docteurs Marshall-Hall, de Nottingham (2), et Graves (3), il n'est point dit si les malades avaient eu ou non des maladies vénériennes; et bien que dans le nombre des sujets il y eût de jeunes demoiselles, on sait que ces maladies ont pu exister sans que les médecins en aient été instruits. Pour ces motifs, nous renvoyons tout ce que nous avons à dire de l'emploi des mercuriaux à l'article qui sera consacré à la laryngite syphilitique.

Médication topique. — C'est à MM. Trousseau et Belloc que nous devons les faits les plus importants sur les effets de cette médication. Ce sont eux qui, par l'application directe des médicaments sur la muqueuse laryngienne, ont enrichi le plus cette partie de la thérapeutique, et ont obtenu les plus beaux succès; ce sont eux aussi qui ont le mieux fait connaître, et l'action des substances employées, et la manière dont il faut diriger le traitement. Nous n'avons guère, par conséquent, qu'à donner un résumé de la partie de leur ouvrage qui a rapport à la médication topique. Toutefois nous aurons soin de contrôler les résultats généraux par le relevé de leurs propres observations. Ils divisent les médicaments dont il s'agit en trois

(1) *Traité pratique de la phthisie laryngée*. Paris, 1837, in-8.
(2) *Med. chir. Transact. of Lond.*, 1819, vol. X, p. 166.
(3) Analysé dans la *Gazette médicale*, 1833.

sortes : 1° ceux qui sont sous forme de vapeurs sèches ou humides ; 2° ceux qu'on introduit sous forme de liquide ; 3° ceux qu'on administre sous forme pulvérulente :

1° *Inspiration de vapeurs sèches ou humides.* — Outre les fumigations que nous avons indiquées plus haut, on en a prescrit d'autres de diverse nature. Parmi les fumigations sèches, nous citerons les suivantes :

Fumigation sèche.

Inspirer pendant cinq à dix minutes, une ou deux fois par jour :

La fumée de goudron, de résine, de jusquiame,	La fumée de tabac, de pavot.

La première de ces fumigations a été prescrite par M. Walker (*loc. cit.*), et, selon lui, avec succès.

Pour faire ces fumigations, il faut tout simplement prendre un pot de grès au couvercle duquel on pratique une petite ouverture ; on fait brûler dans l'intérieur la substance prescrite, et, soit à l'aide d'un tube, soit en se tenant à une faible distance de l'ouverture, on reçoit vers la gorge et l'on aspire la vapeur qui s'en dégage.

MM. Trousseau et Belloc ont également fait inspirer à leurs malades la vapeur du cinabre, de l'acide sulfureux, etc. ; mais, disent-ils, avec des résultats très variés.

Les mêmes auteurs, ainsi que MM. Gannal, Cottereau et Richard, ont employé d'autres substances, telles que l'iode, le chlore, l'acide hydro-sulfurique et diverses huiles essentielles. Pour celles-ci, l'appareil de MM. Gannal et Cottereau est mis en usage, et alors ce sont des fumigations humides, les substances médicamenteuses passant à travers l'eau pour arriver à la bouche des malades. Nous n'en dirons pas davantage sur ces derniers médicaments, parce que rien ne prouve qu'ils aient eu des résultats avantageux, et que leur emploi offre de trop grands dangers pour qu'ils deviennent jamais d'un usage habituel.

Fumigations émollientes et balsamiques. — Martin-Solon (1) a rapporté un cas où des *fumigations* d'abord simplement émollientes, puis additionnées de quelques gouttes de teinture de benjoin et de baume de Tolu, ont procuré la guérison d'une laryngite avec aphonie presque complète durant depuis quatre mois. C'est donc un moyen qui mérite l'attention du praticien, car il s'agit ici d'une maladie très rebelle.

2° *Médicaments liquides.* — Ceux qui ont été employés par MM. Trousseau et Belloc sont irritants ou seulement astringents. Les procédés pour porter ces liquides dans le larynx étant les mêmes pour tous, nous allons d'abord en donner la description telle qu'elle a été présentée par ces deux auteurs. Nous rechercherons ensuite quel est le degré d'efficacité de ces divers médicaments.

Pour porter un liquide caustique dans le larynx, on peut employer divers moyens.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1834, p. 117. Obs. et consid., etc.

1° S'il s'agit seulement de cautériser la partie supérieure du larynx et de l'épiglotte :

CAUTÉRISATION DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU LARYNX.

Prenez une flèche de papier roulé, assez ferme; recourbez-en l'extrémité, que vous tremperez dans la solution, de manière qu'elle en retienne une goutte. Faites ouvrir largement la bouche, et, avec une cuiller fortement courbée, déprimez la langue en l'attirant un peu en avant; introduisez alors la petite flèche, et, lorsque son extrémité aura dépassé l'épiglotte, faites exécuter à l'instrument un mouvement de bascule qui l'enfonce dans la partie supérieure du larynx.

2° S'il est nécessaire de cautériser à la fois le pharynx, la base de la langue et l'entrée du larynx :

CAUTÉRISATION PLUS ÉTENDUE.

Prenez une baleine de 4 ou 5 millimètres de diamètre; faites-la chauffer à la flamme d'une bougie, à environ 3 centimètres de son extrémité. Quand elle sera suffisamment ramollie, recourbez-la de manière à former un angle de 80 degrés. Pratiquez à son extrémité une coche circulaire et profonde, et attachez-y solidement une petite éponge sphérique de 15 millimètres de diamètre, que vous imbiberez complétement d'une solution de nitrate d'argent; puis déprimez la langue comme précédemment, et introduisez le porte-caustique. Dès que vous aurez dépassé l'isthme du gosier, il s'opérera un mouvement de déglutition qui portera le larynx en haut : saisissez ce moment pour ramener en avant l'éponge, que vous avez enfoncée jusqu'à l'entrée de l'œsophage. Par cette manœuvre, vous reviendrez sur l'entrée du larynx, en relevant l'épiglotte, et vous pourrez facilement y exprimer, en appuyant, la solution caustique. Loin de gêner cette introduction, les convulsions de toux la favorisent.

3° Si ce procédé ne peut être supporté par le malade, on aura recours au suivant :

INJECTIONS CAUSTIQUES.

Faites construire une petite seringue d'argent, semblable à celle d'Anel; le siphon, de 15 centimètres de longueur, fortement recourbé à son extrémité, devra présenter une ouverture d'un millimètre de diamètre. Mettez dans la seringue un quart et demi de sa capacité de solution caustique, et laissez le piston soulevé, comme si la seringue était pleine, de manière qu'il y ait environ un quart de solution de nitrate d'argent et trois quarts d'air. Le malade étant disposé comme dans l'opération précédente, portez l'extrémité du siphon au delà de l'épiglotte, et dès qu'elle aura franchi cet organe, poussez rapidement le piston. Par suite du mélange de l'air et du liquide, il se produira une pluie fine, qui pénétrera en même temps dans la partie supérieure de l'œsophage et dans le larynx.

A l'instant même, le malade éprouve une toux convulsive qui chasse toute la partie de solution non combinée avec les tissus. Faites alors boire quelques gorgées de limonade hydrochlorique, ou tout simplement d'eau salée, afin de décomposer le peu de solution qui, restée dans l'œsophage, pourrait être avalée.

MM. Trousseau et Belloc, qui ont fréquemment pratiqué ces cautérisations, en ont constaté l'innocuité; quant à la douleur, elle est à peine sentie dans le pharynx.

Parmi les divers médicaments qu'on peut, par ces procédés, porter sur la muqueuse du larynx, il faut mettre en première ligne le *nitrate d'argent :* c'est celui que MM. Trousseau et Belloc préfèrent, à cause de la rapidité de son action, de son innocuité constante, et, ajoutent-ils, de son efficacité éprouvée dans le traitement de presque toutes les maladies externes. Sans m'arrêter à cette dernière assertion qui pourra paraître un peu exagérée, et ne considérant que ce qui a eu lieu dans les cas de laryngite chronique simple traités par ce moyen, nous dirons qu'en effet le nitrate d'argent a eu un prompt succès dans le plus grand nombre des cas traités par MM. Trousseau et Belloc. Dans leur ouvrage, on trouve six exemples de laryngite chronique simple, dans lesquels la cautérisation par le nitrate d'argent a été pratiquée, et cinq fois tous les symptômes se sont rapidement dissipés, tandis qu'un grand nombre de moyens employés auparavant avaient complétement échoué. Nous-même nous avons fréquemment employé cette cautérisation avec le même succès; c'est donc là un moyen qu'il faut mettre bien au-dessus de tous les autres, et auquel il faut se hâter de recourir dès que les précédents deviennent insuffisants.

La solution de nitrate d'argent doit être plus ou moins concentrée, suivant les cas. Ainsi :

℞ Nitrate d'argent cristallisé.. 4 gram. | Eau distillée.............. 8 à 30 gram.

Conservez pour l'usage, dans un flacon bien bouché et tenu à l'abri de la lumière.

Comme on l'a vu plus haut, il est démontré par l'expérience que la grande proportion de nitrate d'argent n'a rien qui doive effrayer.

M. Watson (1) préconise également ce moyen de traitement; il pratique la cautérisation tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à la disparition complète de l'affection.

Si l'on voulait pratiquer une cautérisation plus profonde, on emploierait le *nitrate acide de mercure*, soit pur, soit un peu étendu. Mais nous ne saurions conseiller l'emploi de ce moyen, pas plus que de tout autre caustique (le nitrate d'argent excepté), pour deux raisons : la première, c'est qu'ils peuvent causer des accidents; et la seconde, c'est que, bien qu'on s'en soit servi quelquefois, l'expérience ne nous apprend rien de positif en leur faveur. Les praticiens prudents s'en tiendront à la solution de nitrate d'argent, dont l'efficacité et l'innocuité sont prouvées par les faits.

Médicaments topiques sous forme pulvérulente. — Pour introduire dans le larynx les médicaments sous cette forme, M. Bretonneau a imaginé un instrument dont voici la description :

(1) *Dublin Journal of medicine*, novembre 1850, et *Bulletin général de thérapeutique*, 30 décembre 1850.

DESCRIPTION DE L'INSTRUMENT PROPOSÉ PAR M. BRETONNEAU POUR L'INSUFFLATION DES POUDRES MÉDICAMENTEUSES DANS LE LARYNX.

Cet instrument se compose d'un tambour, ou partie moyenne, du volume d'un œuf de dinde, et que l'on peut fabriquer avec un coco. La cavité de ce tambour, qui doit se séparer à volonté en deux parties égales, est coupée par un diaphragme épais de plusieurs lignes et placé en travers, de manière qu'il en résulte une cavité antérieure où se met la poudre à insuffler, et une cavité postérieure dans laquelle l'air est d'abord poussé. Cette cloison est traversée très obliquement par un tuyau de plume qui fait communiquer les deux cavités, et doit descendre très près de la paroi inférieure où se trouve l'alun. Ce tambour est percé, et présente plusieurs pas de vis à ses deux extrémités, pour recevoir deux tubes, chacun de quatre ou cinq pouces de long. L'un, destiné à être porté dans la bouche du malade, se visse dans la cavité antérieure, où il doit faire une saillie de quelques lignes; l'autre, un peu plus gros, sert à souffler, soit avec la bouche, soit, et mieux, avec une bouteille de gomme élastique, un soufflet, etc. Il se visse sur l'autre ouverture du tambour. L'ouverture de ces deux tubes est couverte : celle de la chambre antérieure par un morceau de gaze pour tamiser la poudre; l'autre par un morceau de taffetas qui fait soupape, et empêche que, dans un accès de toux, le médicament ne soit repoussé dans le tuyau souffleur. M. Guillon a perfectionné cet instrument.

MM. Trousseau et Belloc font remarquer que cet instrument ne remplit pas toujours le but, parce que les malades ne savent pas toujours combiner leurs inspirations avec l'insufflation, et que quelques-uns, les enfants par exemple, effrayés et ne sachant ce qu'on va leur faire, expirent avec force, de manière à rejeter la poudre avant qu'elle ait atteint les parties malades. En conséquence, ils préfèrent confier ces insufflations au malade lui-même, ce qu'il est facile de faire au moyen d'un tube de verre ou tout simplement d'un roseau, comme le pratiquait déjà Arétée dans le traitement de l'angine maligne. Voici le procédé :

INSUFFLATION PAR ASPIRATION.

Prenez un tube de 4 millimètres de diamètre et de 22 à 28 centimètres de long. Mettez dans l'une de ses extrémités la poudre médicamenteuse; faites introduire l'autre l'extrémité dans la bouche, aussi profondément que possible. Le malade doit ensuite fermer la bouche, après avoir fait une expiration complète, puis exécuter une brusque inspiration. La poudre, entraînée par l'air qui traverse le tube, arrive dans le pharynx, où il en reste une partie, tandis que l'autre pénètre dans le larynx. Les secousses de toux qui surviennent alors doivent être, autant que possible, réprimées par le malade, afin que le médicament reste en contact avec la muqueuse laryngienne.

Les poudres portées ainsi dans le larynx sont les suivantes :

POUDRES EMPLOYÉES DANS LES INSUFFLATIONS.

1° Le sucre.

2° Le sous-nitrate de bismuth pur ou mêlé avec son poids de sucre en poudre.

3° Sulfate de zinc	0,05 gram.
Sucre	1,80 gram.

Mêlez exactement.

4° Le sulfate de cuivre dans les mêmes proportions que le sulfate de zinc.

5° Alun	0,25 gram.
Sucre	0,50 gram.

6° Acétate de plomb	0,10 gram.
Sucre en poudre	0,70 gram.

	N° 1.	N° 2.	N° 3.
7° Nitrate d'argent	0,05 gram.	0,05	0,05
Sucre en poudre	3,60 gram.	1,80	1,20 (1).

En augmentant la quantité de sucre, il est facile de rendre ces poudres moins actives, ce qui peut être indiqué par une trop grande susceptibilité du sujet, ou par l'action trop énergique du médicament. A moins de circonstances toutes particulières, il n'est pas nécessaire d'augmenter la proportion du médicament lui-même.

Il faut recommander au pharmacien de mêler ces poudres sur un porphyre, pour éviter les inconvénients qui résulteraient de la présence de grains plus gros que les autres et conservant des aspérités irritantes.

Tels sont les préceptes que donnent MM. Trousseau et Belloc pour l'emploi des poudres médicamenteuses. Voyons maintenant quels sont les résultats qu'ils en ont obtenus.

Dans un cas qu'on peut regarder comme une laryngite chronique simple, le *sous-nitrate de bismuth* fut employé seul, à la dose de 20 centigrammes, quatre fois par jour, et au bout de quinze jours la guérison fut complète.

Chez un enfant qui présentait des symptômes de laryngite chronique depuis trois semaines, on fit dans le larynx, quatre fois par jour, des insufflations avec une poudre contenant un huitième d'*alun* et sept huitièmes de sucre candi, et en quelques jours le malade fut guéri.

Voilà les faits un peu détaillés que nous possédons relativement à l'insufflation ou à l'inspiration des poudres médicamenteuses. On voit que la science a grand besoin qu'ils se multiplient ; car, bien que l'action du remède ait été très prompte, et que tout semble déposer de son efficacité, il faudrait que les expériences fussent beaucoup plus nombreuses pour qu'on fût sûr de n'avoir pas été abusé par les apparences. Sans doute [illegible] des médecins, et parmi eux il faut citer en première ligne MM. Trousseau et Belloc, qui ont assez fréquemment employé ces remèdes, et notamment le nitrate d'argent, sous forme pulvérulente et en insufflation ; mais ils se sont trop souvent bornés à dire qu'ils avaient à s'en louer, sans entrer dans le détail des faits. C'est donc aux praticiens à en appeler à l'expérience.

Nous ne disons rien ici des médicaments sous forme pulvérulente dans la com

(1) C'est au médecin à juger quelle est celle qui convient de ces trois formules, d'après le degré de cautérisation qu'il veut obtenir.

position desquels il entre une préparation mercurielle quelconque. C'est que la difficulté de reconnaître, dans les exemples que nous pourrions consulter, si la maladie était ou n'était pas syphilitique, nous empêcherait toujours de savoir si le remède a agi ou non comme spécifique, et que nous n'arriverions jamais à une conclusion positive. Nous y reviendrons à l'occasion de la laryngite syphilitique. Nous devons en dire autant de l'*iode*, qui a été vanté par des médecins allemands.

Traitement de la laryngite causée par l'extension d'une inflammation du pharynx. — On a vu à l'article des causes, que, dans certains cas, la laryngite chronique prend sa source dans une irritation ou un état de fluxion habituelle de la membrane muqueuse du pharynx. On peut alors se dispenser, suivant MM. Trousseau et Belloc, d'agir sur le larynx, qui n'est que secondairement affecté, et porter les médicaments sur le voile du palais et les amygdales, où le mal a pris naissance.

Cautérisation du pharynx. — Parmi les agents dont on peut faire usage, et qui ne diffèrent pas de ceux que nous avons indiqués pour la cautérisation du larynx, MM. Trousseau et Belloc choisissent encore de préférence le *nitrate d'argent*, et ils recommandent de toucher *avec le crayon* les amygdales et le voile du palais, deux ou trois fois par semaine. Ils ont cité dans leur ouvrage un cas de laryngite simple où l'emploi de ce moyen a été suivi d'un prompt succès, quoique l'affection fût grave, qu'elle datât de près d'une année, et qu'on eût employé inutilement plusieurs des remèdes indiqués plus haut.

Au lieu du crayon de nitrate d'argent, on peut, à l'aide d'une *éponge*, porter sur le pharynx une solution concentrée de ce médicament, ou tout simplement y introduire, avec le doigt, la poudre suivante :

Nitrate d'argent.......... 0,4 gram. | Sucre candi................ 4,0 gram.

Mêlez et réduisez en poudre fine.

Suivant MM. Trousseau et Belloc, une *solution saturée de sulfate de cuivre et de sulfate de zinc* remplit la même indication; mais, sans nier le fait, nous dirons que l'expérience n'a pas encore prononcé; du moins ne possédons-nous pas d'observation qui puisse lever tous les doutes.

Enfin, lorsque les divers remèdes que nous venons de passer en revue n'ont pas produit les bons effets qu'on en attendait, on prescrit au malade les *eaux minérales sulfureuses*. MM. Trousseau et Belloc citent un cas dans lequel la guérison a été attribuée à l'action des *Eaux-Bonnes, prises à la dose d'une bouteille par jour*. Ce fait, le seul rapporté avec quelques détails par ces auteurs, serait assez peu concluant par lui-même; puisqu'en même temps qu'il prenait les Eaux-Bonnes, le malade faisait des frictions avec la *pommade stibiée*, et suivait un régime convenable après des excès multipliés. Mais on en a observé d'autres où la question se trouve moins compliquée. Ainsi, chez deux avocats qui avaient depuis plusieurs années une altération profonde de la voix, M. Louis a vu les Eaux-Bonnes, prises à la source, procurer en très peu de temps un rétablissement complet. Les deux malades ont pris les eaux pendant deux années de suite; mais la seconde saison était uniquement destinée à consolider la guérison produite par la première. Quand on croit devoir prescrire les eaux, on choisit les Eaux-Bonnes ou celles de

il est vrai, dans les anciens auteurs, des considérations sur une espèce d'*angine* qu'ils nomment *convulsive* ou *spasmodique;* mais une simple lecture de leurs articles suffit pour convaincre qu'ils veulent parler de tout autre chose que de la maladie connue aujourd'hui sous le nom de *laryngite striduleuse*. Si, par exemple, nous consultons les *Aphorismes* de Boerhaave, dont l'autorité était si grande chez nos devanciers, et qu'on a tant cités toutes les fois qu'il s'est agi de diverses angines, nous y trouvons une description rapide d'un état pathologique auquel cet auteur donne le nom d'*angina convulsiva*. On pourrait croire, au premier abord, que cette description se rapporte en réalité à la laryngite striduleuse, mais on voit bientôt que cette prétendue affection particulière n'est qu'un symptôme plus ou moins violent de diverses névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, etc. C'est par un rapprochement forcé que Boerhaave a placé ce phénomène dans la catégorie des angines.

Lorsque la laryngite pseudo-membraneuse a été mieux distinguée, lorsqu'on l'a séparée comme il convient des autres espèces d'angines, on a généralement fait entrer dans sa description celle de la laryngite striduleuse, qui a avec elle d'assez nombreux points de ressemblance pour expliquer cette confusion. Aussi, dans les descriptions du croup dont la date est antérieure à ces vingt dernières années, trouve-t-on presque toujours un certain nombre de cas de laryngite striduleuse mêlés à ceux de laryngite pseudo-membraneuse.

C'est aux travaux de MM. Bretonneau et Guersant que nous devons principalement la distinction admise aujourd'hui entre ces deux espèces de laryngites, si différentes par leurs lésions et par leur gravité. Cependant il résulte des recherches de MM. Barthez et Rilliet que Wichmann, et après lui Fleisch, Henke (1), Wendt, avaient déjà des notions assez précises sur le diagnostic de ces deux affections (2).

On trouve dans les recueils anglais un grand nombre de mémoires où il est traité du *croup spasmodique*, de l'*inspiration avec cri du coq*, de la *toux spasmodique*, affections qu'on a regardées comme des laryngites striduleuses. Nous examinerons, à l'article *Diagnostic*, les observations fournies par les divers auteurs qui ont traité cet intéressant sujet; nous nous bornerons à dire ici que parmi les faits cités il en est qui appartiennent à de tout autres maladies qu'à une simple laryngite striduleuse, et notamment à l'éclampsie et à l'hystérie, ce qui nous explique les jugements si divers sur la gravité de l'affection qui nous occupe. Ainsi, tandis qu'autrefois on ne faisait pas même une maladie particulière du pseudo-croup, on ne l'a pas eu plutôt distingué que, dans sa description, on a fait entrer les symptômes de plusieurs maladies étrangères.

Nous ne parlerons point ici de l'*asthme aigu* de Millar (3), ni de l'*asthme thymique* des Allemands, maladies dans lesquelles on a pu voir parfois une laryngite striduleuse; il en sera longuement question plus tard. Nous ne terminerons pas ces considérations préliminaires sans avoir prévenu une objection qui pourrait nous être faite. On verra dans la description suivante, fondée sur les observations les plus authentiques, que le pseudo-croup ne diffère de la laryngite simple que par sa forme et l

(1) *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Kinderkrankeiten*. Francfort, 1809.
(2) Barthez et Rilliet, *Traité des maladies des enfants*.
(3) *Observations sur l'asthme et le croup*, trad. de l'anglais. Paris, 1808, in-8.

rature des boissons n'est pas elle-même indifférente ; leur passage auprès du larynx et sur l'épiglotte peut, lorsqu'elles sont trop froides ou trop chaudes, provoquer la toux et déterminer des accidents qu'il faut soigneusement éviter ; elles devront être toujours prises à une température très douce.

Tel est le traitement de la laryngite chronique simple. Les moyens sont nombreux, ils sont choisis pour la plupart dans la classe des médicaments actifs, et s'il ne s'agit que d'avoir une collection de recettes qu'on puisse substituer les unes aux autres, assurément le praticien ne sera pas embarrassé. Mais si, avant d'avoir recours à un moyen thérapeutique, on exige qu'il soit éprouvé par l'expérience, et que les faits sur lesquels on s'est fondé pour le préconiser soient bien observés, rigoureusement analysés et sagement interprétés, il n'en est plus de même ; car bien souvent nous avons trouvé des diagnostics incertains et des assertions sans preuves. L'efficacité du nitrate d'argent est seule déduite d'une observation peu multipliée encore, mais exacte ; en sorte que c'est là, jusqu'à présent, le remède par excellence de la laryngite chronique simple. Aussi ne puis-je m'empêcher de répéter qu'il faut le moins possible tarder d'avoir recours à lui. Après ce médicament, viennent les autres caustiques et les astringents. Quant aux révulsifs et aux stupéfiants, ils ont pour eux l'autorité des auteurs, mais non encore l'autorité des faits.

Traitement prophylactique. — L'étude des causes nous ayant démontré que les efforts violents et réitérés de la voix, joints à des excès alcooliques ou autres, produisent à peu près exclusivement la laryngite chronique légère, c'est en mettant un terme à ces excès que les sujets préviendront le retour de la maladie. Quant à la laryngite chronique intense, les observations nous apprennent que, pour l'éviter, il faut d'abord se préserver du froid. Ainsi le cou doit être enveloppé, *même pendant la nuit*; le corps doit être soigneusement couvert de flanelle ; il faut éviter les transitions brusques de température, et plus encore l'exposition prolongée au froid, et surtout au froid humide. L'état du pharynx et du voile du palais sera soigneusement surveillé, afin que si ces parties présentent la moindre trace d'irritation chronique, on puisse porter sur elles les remèdes avant que l'irritation ait gagné le larynx et soit devenue plus difficile à déraciner.

Pour prévenir les récidives, MM. Stokes et Graves conseillent des *lotions froides* sur le cou matin et soir. Ce moyen a-t-il réellement eu l'effet que lui attribuent ces auteurs ?

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Lorsqu'il reste des traces d'inflammation aiguë :* Traitement semblable à celui qui est employé dans la laryngite aiguë, un peu moins actif seulement.

2° *Quand la maladie est complétement passée à l'état chronique :* Révulsifs, narcotiques, vapeurs sèches (voy. p. 376), caustiques portés dans le larynx, astringents, eaux minérales.

ARTICLE III.

PSEUDO-CROUP (*laryngite striduleuse*).

Ce n'est que depuis un petit nombre d'années qu'on distingue cette variété de laryngite de l'inflammation simple ou pseudo-membraneuse du larynx. On trouve,

il est vrai, dans les anciens auteurs, des considérations sur une espèce d'*angine* qu'ils nomment *convulsive* ou *spasmodique;* mais une simple lecture de leurs articles suffit pour convaincre qu'ils veulent parler de tout autre chose que de la maladie connue aujourd'hui sous le nom de *laryngite striduleuse.* Si, par exemple, nous consultons les *Aphorismes* de Boerhaave, dont l'autorité était si grande chez nos devanciers, et qu'on a tant cités toutes les fois qu'il s'est agi de diverses angines, nous y trouvons une description rapide d'un état pathologique auquel cet auteur donne le nom d'*angina convulsiva.* On pourrait croire, au premier abord, que cette description se rapporte en réalité à la laryngite striduleuse, mais on voit bientôt que cette prétendue affection particulière n'est qu'un symptôme plus ou moins violent de diverses névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, etc. C'est par un rapprochement forcé que Boerhaave a placé ce phénomène dans la catégorie des angines.

Lorsque la laryngite pseudo-membraneuse a été mieux distinguée, lorsqu'on l'a séparée comme il convient des autres espèces d'angines, on a généralement fait entrer dans sa description celle de la laryngite striduleuse, qui a avec elle d'assez nombreux points de ressemblance pour expliquer cette confusion. Aussi, dans les descriptions du croup dont la date est antérieure à ces vingt dernières années, trouve-t-on presque toujours un certain nombre de cas de laryngite striduleuse mêlés à ceux de laryngite pseudo-membraneuse.

C'est aux travaux de MM. Bretonneau et Guersant que nous devons principalement la distinction admise aujourd'hui entre ces deux espèces de laryngites, si différentes par leurs lésions et par leur gravité. Cependant il résulte des recherches de MM. Barthez et Rilliet que Wichmann, et après lui Fleish, Henke (1), Wendt, avaient déjà des notions assez précises sur le diagnostic de ces deux affections (2).

On trouve dans les recueils anglais un grand nombre de mémoires où il est traité du *croup spasmodique*, de l'*inspiration avec cri du coq*, de la *toux spasmodique*, affections qu'on a regardées comme des laryngites striduleuses. Nous examinerons, à l'article *Diagnostic*, les observations fournies par les divers auteurs qui ont traité cet intéressant sujet; nous nous bornerons à dire ici que parmi les faits cités il en est qui appartiennent à de tout autres maladies qu'à une simple laryngite striduleuse, et notamment à l'éclampsie et à l'hystérie, ce qui nous explique les jugements si divers sur la gravité de l'affection qui nous occupe. Ainsi, tandis qu'autrefois on ne faisait pas même une maladie particulière du pseudo-croup, on ne l'a pas eu plutôt distingué que, dans sa description, on a fait entrer les symptômes de plusieurs maladies étrangères.

Nous ne parlerons point ici de l'*asthme aigu* de Millar (3), ni de l'*asthme thymique* des Allemands, maladies dans lesquelles on a pu voir parfois une laryngite striduleuse; il en sera longuement question plus tard. Nous ne terminerons pas ces considérations préliminaires sans avoir prévenu une objection qui pourrait nous être faite. On verra dans la description suivante, fondée sur les observations les plus authentiques, que le pseudo-croup ne diffère de la laryngite simple que par sa forme et

(1) *Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Kinderkrankeiten.* Francfort, 1809.
(2) Barthez et Rilliet, *Traité des maladies des enfants.*
(3) *Observations sur l'asthme et le croup*, trad. de l'anglais. Paris, 1808, in-8.

violence de la suffocation. Ces différences suffisent-elles pour en faire une maladie distincte ? N'est-ce pas toujours une laryngite simple, dont les symptômes, ordinairement légers, deviennent formidables par moments? Nous répondons qu'aux yeux du praticien, ces exacerbations effrayantes, prêtant à la maladie une physionomie toute particulière, et modifiant sensiblement les symptômes eux-mêmes, donnent à la laryngite striduleuse une importance toute spéciale; qu'il est nécessaire que les cas de ce genre soient parfaitement distingués de tous les autres, parce que les secours qu'on doit apporter aux malades diffèrent notablement de ceux qu'on administrerait dans une laryngite non striduleuse; en un mot, que si le pathologiste ne doit voir dans le pseudo-croup qu'une modification de la laryngite simple, le praticien trouve dans cette modification des indications suffisantes pour élever l'affection qui les présente au rang d'une espèce particulière. C'est ce qui nous a déterminé à consacrer un article à la laryngite striduleuse.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le pseudo-croup ou laryngite striduleuse est une inflammation superficielle de la muqueuse laryngienne, qui donne lieu à des accès de suffocation plus ou moins effrayants. Cette définition, qui est celle de MM. Guersant et Bretonneau, et qui résulte de l'examen d'un très grand nombre d'observations, n'est pas adoptée par tous les auteurs. Ce n'est pas ici le lieu de la motiver; on verra aux articles *Terminaison de la maladie* et *Diagnostic* comment on peut expliquer les dissidences sur ce point.

Cette maladie a reçu des noms très variés. Guersant lui avait d'abord imposé celui de *faux croup* ou de *pseudo-croup*, qu'il a ensuite abandonné pour celui de *laryngite striduleuse;* elle est décrite sous la dénomination d'*angine striduleuse* par M. Bretonneau. On peut rapporter à cette affection quelques cas publiés sous les noms d'*asthme aigu*, d'*asthme spasmodique*, d'*asthme aigu de Millar*, de *catarrhe suffocant*. Les auteurs anglais ont employé les expressions suivantes : *spurious croup*, *laryngismus stridulus*, *crowing inspiration*, *dyspnœa spasmodica*, *convulsive disease*, *spasm of the glottis*, etc. Quelques-uns même l'ont décrite sous le nom vague de *convulsions particulières chez les enfants*. Les anciens ne distinguant pas suffisamment entre elles les diverses espèces d'angine, et les confondant même quelquefois avec d'autres maladies, il est inutile d'indiquer leur *synonymie*, qui serait nécessairement trompeuse.

Nous n'avons rien de positif sur la *fréquence* absolue de la laryngite striduleuse; cependant, si l'on a égard à la masse considérable d'observations qu'on en a publiées dans ces dernières années, tant en France qu'en Allemagne et en Angleterre, on doit admettre que cette affection n'est point rare.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'*âge* a évidemment une grande influence sur le développement du pseudo-croup. Si, en effet, on parcourt les observations éparses dans les recueils, on voit que l'immense majorité des malades étaient de jeunes enfants. Guersant (1) nous

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. IX, art. CROUP.

dit qu'il n'a observé cette affection que deux fois chez des sujets qui avaient passé l'âge de sept ans. Les observations que nous avons rassemblées, et dont les symptômes étaient bien évidemment ceux de la laryngite striduleuse, confirment cette assertion : ainsi, chez vingt-six sujets pris au hasard dans les écrits de Vieusseux, Lobstein, Marsh, Couch, etc., l'âge n'a jamais dépassé huit ans; dans un cas, l'enfant n'avait que trois jours, mais c'est un cas exceptionnel. Dans les observations de Jurine (d'après son manuscrit, que MM. Barthez et Rilliet ont eu à leur disposition), l'âge des malades a varié entre dix-huit mois et dix ans. Nous avons trouvé dans les auteurs quelques cas présentés comme appartenant à la maladie qui nous occupe, et qui auraient eu lieu chez des sujets plus âgés. Le docteur Jonathan Couch (1) rapporte, entre autres, l'observation d'une femme de cinquante-cinq ans, chez laquelle les symptômes de la laryngite striduleuse se manifestèrent en même temps que chez une fille de huit ans qui habitait la même maison. Malheureusement cette observation manque de détails, ce qui est d'autant plus regrettable qu'un simple accès de suffocation sans catarrhe préexistant ni concomitant aura pu en imposer à l'auteur. Nous avons vu plusieurs cas où l'on pouvait aisément commettre cette erreur.

Il résulte des faits précédents que la laryngite striduleuse est une maladie propre à la première enfance, et qui n'a lieu plus tard que dans des cas exceptionnels.

Le *sexe* paraît avoir une certaine influence sur la production de la maladie. Guersant, en réunissant les cas de croup ou de faux croup recueillis par plusieurs auteurs, a trouvé, sur 511 cas, 293 sujets du sexe masculin et 218 du sexe féminin ; et comme déjà la laryngite pseudo-membraneuse seule lui avait fourni de semblables résultats, il est porté à penser qu'on peut admettre à peu près la même proportion dans les cas de laryngite striduleuse. Vingt faits, parmi ceux que j'ai rassemblés, mentionnent le sexe, et j'y trouve 12 garçons et 8 filles, proportion qui diffère peu de la précédente. Enfin, sur 60 cas observés par Jurine et Jancecowich, et cités par MM. Barthez et Rilliet, 43 s'étaient montrés chez des garçons, et 17 seulement chez des filles.

Si toutefois nous nous rappelons que le nombre des garçons est en général plus considérable que celui des filles, nous en conclurons que cette statistique, d'ailleurs incomplète, est loin de démontrer rigoureusement l'influence du sexe masculin.

Nous n'avons également rien à dire de bien positif sur l'*hérédité* de la maladie, quoique M. Kerr l'admette sans hésiter, pas plus que sur la *constitution* des sujets ; les renseignements sont insuffisants.

Il n'en est pas de même de l'*état de santé* des enfants au moment de l'invasion de la maladie. Quelques observateurs anglais ont dit d'une manière générale qu'un état valétudinaire prédisposait à la laryngite striduleuse ; d'autres, au contraire, et en particulier le docteur Kerr (2), disent positivement que la maladie a lieu principalement chez des sujets bien portants et de bonne constitution. Mais ces auteurs

(1) *Observ. on croup* (*Annals of med. and surgery*, 1837, vol. I, p. 271).

(2) *On laryngismus stridulus, etc.* (*Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1838, vol. XLIX, p. 344).

ne prennent-ils pas, dans leurs observations, pour des *spasmes de la glotte*, de véritables *éclampsies* avec suffocation. C'est ce que j'examinerai plus loin. Dans seize cas que j'ai sous les yeux, la laryngite striduleuse a sévi indifféremment sur des sujets forts ou faibles, au milieu de la plus parfaite santé, et dans le cours d'une autre maladie des voies aériennes ; c'est là toutefois un point important qu'il n'est pas permis de juger définitivement.

Suivant Guersant, la laryngite striduleuse attaquerait principalement les enfants de la classe aisée ou riche, et la laryngite pseudo-membraneuse ceux de la classe pauvre. M. Blache (1) a noté en effet, que, dans l'espace de trois ans, on n'a vu à l'hôpital des Enfants qu'un seul cas de faux croup, tandis que les cas de vrai croup y ont été chaque année assez multipliés. Ces données ont leur valeur, sans doute, mais il serait à désirer que des recherches exactes vinssent complétement résoudre la question.

Les auteurs s'accordent à dire que c'est pendant l'*hiver* qu'on observe le plus grand nombre de laryngites striduleuses. M. Kerr, entre autres, affirme n'avoir vu cette maladie que dans cette saison. Les faits que j'ai sous les yeux nous apprennent à ce sujet ce qui suit : sur 17 cas, 9 se sont manifestés en hiver, 3 au printemps, 3 en été et 2 en automne. Ce n'est là qu'un commencement de statistique dont on ne peut tirer aucune conclusion positive, mais qui vient à l'appui de l'opinion générale.

2° Causes occasionnelles.

Une seule cause occasionnelle a été jusqu'à présent signalée : c'est l'*influence du froid*. Les observations ne sont pas, il est vrai, assez explicites sur ce point ; mais si l'on considère que la maladie apparaît surtout en hiver, qu'elle est constituée par une inflammation légère, ou, pour me servir d'une expression depuis longtemps employée, d'une inflammation catarrhale de la muqueuse du larynx, on admettra sans peine l'existence de cette cause. C'est au reste, comme on le voit, un point d'étiologie bien peu étudié.

§ III. — Symptômes.

Le *début* de cette affection mérite d'être distingué avec le plus grand soin ; car il constitue un des meilleurs moyens de distinguer la laryngite striduleuse de la laryngite pseudo-membraneuse, dont la gravité est si différente. Pour cette raison, je crois devoir exposer à part les symptômes du début.

Symptômes du début. — Suivant MM. Bretonneau (2), Guersant, et avant eux Wichmann, le pseudo-croup est remarquable par son début brusque et violent, et ces deux derniers auteurs l'ont vu apparaître ordinairement au milieu du sommeil. Les auteurs anglais ont moins insisté sur cette particularité du début ; mais la tient sans doute à ce que, pour la plupart, ils n'ont pas été aussi sévères sur le diagnostic que les médecins français. Nous verrons en effet, plus tard, qu'ils ont admis plusieurs affections chroniques avec suffocation parmi les cas de laryngite striduleuse.

(1) *Du croup et du pseudo-croup* (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. XVII, p. 512).
(2) *Des inflammations spéciales du tissu muqueux, etc.* Paris, 1826, p. 285.

Si maintenant je cherche à élucider, à l'aide des faits, un point aussi important, j'éprouve un embarras assez grand, parce que, malgré tout l'intérêt de la question, les observateurs ont négligé généralement de rechercher avec soin le début. Cependant, en examinant attentivement les faits, on parvient à un résultat qui, sans être opposé à la proposition de Guersant, doit la modifier un peu. Dans quelques observations plus complètes que les autres, et notamment dans un cas cité par M. Bretonneau (*loc. cit.*, page 273), on voit que le premier accès de suffocation a été précédé pendant quelques heures d'un enrouement léger sans fièvre, auquel les parents ne faisaient aucune attention. Dans les observations recueillies par Jurine et analysées par MM. Barthez et Rilliet, il y a eu du larmoiement, du coryza, de l'accablement, et même un peu de fièvre. D'un autre côté, les cas de pseudo-croup survenus à la fin d'une affection qui avait intéressé plus ou moins le larynx ne sont pas rares, en sorte qu'on est porté à croire que la laryngite striduleuse débute par une légère inflammation de la muqueuse, dont les symptômes peuvent passer d'abord inaperçus. Au reste, Guersant lui-même paraît être de cet avis lorsqu'il considère la maladie comme une simple laryngite superficielle qui prend une forme particulière.

Symptômes des accès. — Quoi qu'il en soit, il est certain que, soit pendant le sommeil, soit plus rarement pendant la veille, on voit survenir rapidement une telle aggravation des symptômes existants, et des symptômes nouveaux si effrayants, qu'on peut croire à un début subit. L'enfant est réveillé en sursaut, ou bien s'arrête tout à coup dans ses jeux ; la *toux* se déclare forte, sonore, rauque, donnant lieu parfois à un cri particulier que quelques auteurs ont comparé aux aboiements d'un jeune chien, et qui se fait entendre dans les efforts convulsifs d'expiration. Cette toux revient par quintes plus ou moins prolongées et très fatigantes.

En même temps la *respiration* est rapide, entrecoupée, haletante, et il se produit pendant l'inspiration un bruit aigu, plus strident, plus déchiré que celui de la coqueluche, et qu'on a désigné par les noms de *respiration striduleuse*, *sibilante*, *rauque*, *sonore*, et de *cri de coq*. Ce sont surtout les médecins anglais qui ont employé cette dernière expression. Ces phénomènes méritent toute notre attention, parce que longtemps ils ont servi à caractériser le croup, tandis qu'il résulte des observations récentes qu'ils appartiennent plus particulièrement à la laryngite striduleuse qu'au croup proprement dit. Ce sont ces cris particuliers qui ont valu à la maladie les noms de *crowing inspiration*, *laryngite striduleuse*, etc.

Lorsque l'enfant éprouve un peu de calme, il se plaint ou il crie, et alors on peut observer les altérations de la *voix*. Elle est enrouée, déchirée, mais conserve presque toujours un certain degré de force. Je trouve dans les écrits des auteurs anglais quelques observations où il est fait mention de l'*aphonie ;* mais les sujets chez lesquels on a observé ce symptôme n'étaient pas atteints d'une simple laryngite striduleuse, ils éprouvaient des accidents nerveux dont la suffocation et l'aphonie n'étaient qu'une complication. Parfois, néanmoins, la voix peut être éteinte dans les accès. Jurine et M. Bretonneau en ont cité des exemples, mais ces cas sont rares.

La *douleur* que peut éprouver le malade à la région laryngée n'a pas suffisamment attiré l'attention des observateurs, absorbée sans doute par les signes de suffo*cation* et d'asphyxie. La douleur causée par la pression du larynx n'a été recherch

que dans un des cas rassemblés par moi ; elle existait à un faible degré.

Il en est de même de l'*expectoration* muqueuse ; les auteurs en parlent peu ; quelques-uns signalent seulement une expectoration de mucus, sans trace de fausses membranes, ni de sang, ni d'aucun autre produit morbide.

L'*inspection* du pharynx, qu'il est si important de faire dans des cas semblables, ne fait reconnaître la présence d'aucune fausse membrane ; à peine y a-t-il un peu de rougeur de la muqueuse.

Pendant que l'enfant éprouve ces symptômes si pénibles, il est en proie à une grande anxiété. Sa *face* se congestionne ; les lèvres, en particulier, deviennent violettes ; un peu plus tard, on observe une pâleur effrayante ; les yeux expriment la terreur. Le docteur John Henderson (1) a noté les yeux hagards. Le malade penche la tête en arrière pour respirer ; il porte la main à son cou ; il y a quelquefois une certaine distorsion des membres, ou de faibles convulsions dans les efforts d'inspiration ; on constate, en un mot, tous les signes de l'asphyxie. Tel est l'*accès* de la laryngite striduleuse dans son plus haut degré d'intensité.

Au bout d'un temps variable qui n'a pas été précisé, mais qui dépasse rarement une heure, et que Jurine a vu durer six heures avec quelques rémissions seulement, les quintes de toux commencent à diminuer d'intensité, la respiration est moins bruyante, moins précipitée, moins entrecoupée. La toux n'est pas aussi sèche ; on entend quelque mucosités se détacher. Peu à peu les symptômes d'anxiété et les signes d'asphyxie se dissipent, et il ne reste plus d'un état aussi alarmant qu'une fatigue en rapport avec la violence de l'accès.

Nous n'avons point encore parlé du *mouvement fébrile*, parce qu'il m'a paru mériter d'être considéré en particulier. Les auteurs s'accordent à dire que dans l'affection qui nous occupe il y a peu ou point de fièvre. Il est certain que, dans les cas évidents dont nous avons parcouru l'histoire, la fièvre était peu considérable ; cependant, lorsque la maladie a un peu d'intensité, le mouvement fébrile est assez prononcé, comme on peut le voir dans l'observation rapportée par M. Bretonneau, une des meilleures que nous possédions. Mais ce mouvement fébrile, quand il a lieu, ne devient un peu fort qu'après une certaine durée de la maladie, et au moins après le premier accès ; en sorte que c'est non pas l'absence de la fièvre au début qu'il faut signaler, mais son peu de rapport avec les symptômes effrayants de ce premier accès. L'accélération du pouls et l'augmentation de la chaleur ne sont jamais portés à un degré extrême.

Nous n'avons fait qu'indiquer de légers mouvements convulsifs au plus fort de l'accès, et au moment où la suffocation est le plus alarmante. Cependant plusieurs médecins anglais, parmi lesquels nous citerons principalement Henry Rees (2), J. Cheyne (3), Clarke (4), ont longuement décrit des convulsions qui ont lieu chez quelques enfants, et ont beaucoup insisté sur leur importance. La lecture de leurs observations et de leurs descriptions générales nous a convaincu qu'ils ont regardé comme appartenant à la laryngite striduleuse de véritables convulsions d'éclampsie, soit qu'une laryngite striduleuse vînt compliquer cette dernière maladie, soit

(1) *Observations on the diseases prevalent among the natives of Hindostan.*
(2) *On the species of convulsions in infants, etc.* (*The Lancet*, 1831, vol. I, p. 679).
(3) *The cyclopædia of pract. med.*, art. CROUP.
(4) *A peculiar species of convulsions in infant children.*

que le spasme de la glotte ne fût, dans ces cas, qu'un simple symptôme. Mais c'est une question qui reviendra à l'article *Diagnostic*.

Nous ne dirons rien de l'irritation intestinale que M. Clarke (*loc. cit.*) a trouvée dans la plupart des cas ; elle n'était pas due à la laryngite striduleuse, mais bien à la difficulté de la dentition, qui existait presque toujours, et qui donnait lieu non à une inflammation suffocante du larynx, mais à une ou plusieurs attaques d'éclampsie avec suffocation.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le pseudo-croup a une *marche* aiguë. En peu d'heures, ordinairement, le premier accès paraît et la maladie est à son plus haut degré d'intensité. La forme d'accès appartient essentiellement à cette maladie, et lui donne une physionomie particulière. Néanmoins nous remarquons dans les observations qui ont été prises avec le plus de soin, qu'il reste quelques symptômes entre les accès. Ces symptômes sont, assez souvent, très faibles : ainsi on n'observe qu'un peu d'enrouement, une certaine gène dans le larynx, accidents qu'on serait tenté de regarder comme une suite de grands efforts de toux et d'inspiration, mais qui annoncent un peu d'inflammation de la muqueuse laryngienne, puisque ce sont les mêmes qui existaient avant l'accès. Ces symptômes étant ceux de la laryngite simple légère décrite plus haut, et que l'on doit regarder comme une simple indisposition plutôt que comme une maladie réelle, il n'est pas surprenant qu'on ait vu des enfants se livrer à leurs jeux presque immédiatement après l'accès, et ces cas ont pu faire croire à une intermittence complète.

Il peut arriver que la maladie, soit qu'on lui oppose des remèdes puissants, soit qu'on la livre pour ainsi dire à elle-même, ne présente qu'un seul accès ; on en voit un exemple dans une observation publiée par le docteur Jonathan Couch (1) ; mais le plus souvent de nouveaux accès ont lieu à des intervalles variables, une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Wichmann et Guersant ont remarqué que le retour des accès avait lieu principalement pendant la nuit. Ce dernier auteur a également noté que la violence des accès allait toujours en décroissant depuis le premier. L'observation de M. Bretonneau nous fournit un exemple à l'appui de cette assertion.

Ici se présente naturellement une question intéressante : *Quelle est la cause de cette intermittence, de ces accès séparés par des intervalles de calme si remarquables, dans une affection où nous admettons une inflammation qui persiste dans tout le cours de la maladie?* Bien des médecins élèvent des doutes sur la nature inflammatoire de la laryngite striduleuse, à cause de cette forme intermittente. Il leur faut, pour expliquer les accès, un spasme, une convulsion de la glotte : symptômes purement nerveux. Les faits ne me permettent pas de partager cette manière de voir. Les premiers symptômes décrits plus haut sont ceux d'une laryngite légère ; dans la laryngite simple elle-même, il existe des exacerbations qui, sans être aussi remarquables que dans le pseudo-croup, n'en donnent pas moins à la maladie un caractère marqué d'intermittence, ou, si l'on veut, de rémittence ; et ce qu'il est vrai de dire de l'inflammation du larynx ne l'est pas moins de toutes les autres affections de cet organe qui déterminent la suffocation. Sans doute, dans

(1) *Observation on croup* (*Annals of med. and surg.*, 1817, t. I, p. 274).

la laryngite striduleuse, cette forme de la maladie est plus frappante; mais cela ne tient-il pas à l'étroitesse de la glotte et à la plus grande facilité avec laquelle se gonflent ses tissus chez les jeunes enfants, qui sont presque exclusivement affectés de cette maladie?

Voici, du reste, comment M. Bretonneau, qui s'est occupé des maladies ayant quelques rapports avec le croup, explique ces violents accès, qu'il considère comme produits par une sorte d'*enchifrènement de la glotte* : « Aucune constriction ne peut, dit-il, resserrer ni diminuer le calibre des narines, et cependant l'enchifrènement cesse et augmente plusieurs fois dans la même heure; il suffit d'un léger changement de température pour opérer ces vicissitudes... On voit donc que l'air, sans que le spasme y ait aucune part, peut avoir alternativement un accès plus ou moins facile dans les canaux aérifères. » Peut-être tous les auteurs se seraient-ils rendus à cette manière de voir de MM. Bretonneau et Guersant, s'ils avaient été plus sévères dans leurs observations, et s'ils n'avaient pas donné le nom de *laryngite striduleuse* à des affections étrangères, et notamment à des cas d'éclampsie partielle désignés sous le nom de *spasme de la glotte*. On verra, aux articles *Asthme thymique* et *Éclampsie*, ce que nous pensons de ce *spasme de la glotte*. Nous en dirons quelques mots plus loin au paragraphe consacré au diagnostic du pseudo-croup.

Suivant Guersant, la *durée* de la maladie est de trois à quinze jours; cependant nous trouvons quelques cas dans lesquels la durée a été d'un mois. Guersant pense que, lorsqu'il en est ainsi, « le plus souvent la fièvre et la durée de la maladie sont le résultat de toutes les médications plus ou moins actives qu'on ne manque jamais de mettre en usage pour la combattre, parce qu'on la confond généralement avec le croup (*loc. cit.*, p. 357). » Il est fâcheux qu'une analyse exacte des faits ne mette pas hors de doute ce point important. On a cité des cas de spasme de la glotte qui duraient plusieurs mois et même plus d'un an. Mais, dans ces cas, ou bien il y avait eu plusieurs attaques de laryngite striduleuse à de grandes distances, ou bien le spasme de la glotte n'était qu'un symptôme d'une affection convulsive générale.

De nouvelles difficultés s'élèvent lorsqu'il s'agit de rechercher quelle est la *terminaison* de cette maladie. Les deux observateurs les plus exacts, M. Bretonneau et Guersant, n'ont jamais vu la laryngite striduleuse causer la mort. Dans les observations recueillies par les médecins anglais, au contraire, on voit un certain nombre d'exemples de terminaison fatale. A quoi tient cette différence? Toujours à la même cause. Plusieurs de ces derniers auteurs n'ont point été assez sévères dans le diagnostic; toutes les fois qu'ils ont vu survenir rapidement, dans le cours d'une bonne santé apparente, un accès de suffocation, ils ont admis l'existence de la maladie; et c'est cette confusion de plusieurs affections de genre fort différente qui a introduit l'erreur dans les résultats qu'ils ont obtenus (1). Toutefois on ne doit pas conclure d'une manière absolue, des observations de M. Bretonneau et de Guersant, que la maladie n'est jamais mortelle : on trouve dans les écrits de Home,

(1) Le docteur Kellio, cité par J. Cheyne, va jusqu'à prétendre qu'il n'y a entre le vrai croup et le croup spasmodique, ou laryngite striduleuse, d'autres différences que le degré de violence et d'intermittence ou la continuité des symptômes. C'est là une manière de voir entièrement contraire aux faits.

de Millar, de Wichmann, de Vieusseux, de Lobstein, des cas mortels qu'on ne peut rapporter qu'à la laryngite striduleuse, et que Guersant regarde lui-même comme appartenant à cette affection. Quelle influence le traitement a-t-il pu avoir sur cette terminaison fatale? C'est ce que nous examinerons plus tard. En attendant, il nous est permis de dire avec certitude que le pseudo-croup peut, quoique très rarement, se terminer par la mort.

En *résumé*, la laryngite striduleuse est une inflammation peu profonde du larynx, qui donne lieu à des accès violents, qui n'a ordinairement pas une durée plus longue qu'une laryngite simple légère, et qu'on n'a guère vue se terminer par la mort, depuis qu'on a cessé de la confondre avec le croup et qu'on lui oppose un traitement simple.

§ V. — Lésions anatomiques.

« Comme je n'ai jamais vu, dit Guersant, succomber un seul individu à cette maladie, à moins qu'elle ne fût compliquée, je ne puis donner les caractères anatomiques du pseudo-croup simple, qui me sont inconnus. » M. Bretonneau (*loc. cit.*, p. 264) s'exprime à peu près de la même manière, et il ajoute : « Sans doute les lésions de la glotte ou du larynx, qui produisent la toux et modifient le timbre de la voix, sont bien légères, puisque les symptômes généraux dont elles s'accompagnent sont si peu graves et si fugaces. » Les renseignements que nous fournissent sur ce point les observations sont des plus vagues; tout ce qu'il en résulte, c'est que, comme l'avait prévu M. Bretonneau, les lésions trouvées après la mort sont très légères. Un peu de mucus, une faible rougeur ont été notés dans quelques cas, et, le plus souvent, les auteurs se contentent de dire que le larynx était exempt d'altérations.

Nous ne parlons point des lésions que quelques auteurs anglais ont trouvées dans les membranes du cerveau, car alors la maladie principale était une arachnitis, et la suffocation n'était qu'un symptôme. Le docteur Clarke attribue la maladie à une irritation cérébrale; mais c'est encore une maladie étrangère, l'éclampsie, qui l'a induit en erreur.

M. Hugh Ley (1) a cru trouver la cause de cette maladie dans la tuméfaction des glandes bronchiques qui, comprimant le nerf vague, déterminent un spasme mortel de la glotte. Cette opinion singulière a été réfutée par M. Robertson (2), qui, dans des cas semblables à ceux que M. Ley a rapportés, n'a point trouvé la lésion dont il s'agit.

Nous avons présenté ces considérations, parce qu'il n'est pas indifférent, pour le traitement du pseudo-croup, de savoir si l'on n'a affaire qu'à un catarrhe léger du larynx, ou s'il existe une lésion plus profonde et bien plus difficile à faire disparaître.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Parmi les maladies que l'on a quelquefois confondues avec la laryngite striduleuse, il en est qui ont leur siége dans le larynx, et d'autres qui occupent des parties plus ou moins éloignées. Commençons par celles qui siégent dans le larynx.

La *laryngite simple aiguë*, lorsqu'elle est *légère*, présente les premiers sym

(1) *Observ. on the crowing inspir. of children, etc.* (*Lond. med. Gaz.*, février 1834, p. 702.

(2) *London medical Gazette*, 29 march 1834, p. 968.

ptômes de la laryngite striduleuse ; mais comme les accès ne surviennent pas dans la première de ces deux affections, il n'y a pas lieu d'établir un diagnostic entre elles.

Il n'en est pas de même de la *laryngite simple aiguë intense.* On a vu, dans la description de cette maladie, qu'il y avait des moments d'exacerbation où la gêne de la respiration pouvait être portée à un degré beaucoup plus élevé. Mais ces exacerbations ne contrastent pas avec le peu de gravité des symptômes antécédents, au point de paraître des accès subits ; tandis que, d'un autre côté, la douleur, la gêne dans le larynx, la toux, l'altération de la voix, sont beaucoup plus prononcés, et le mouvement fébrile surtout beaucoup plus considérable. En un mot, d'une part, accès violents, et hors des accès symptômes presque nuls ; d'autre part, simples exacerbations, et entre elles symptômes toujours assez graves : voilà ce qui rend ces deux affections très différentes l'une de l'autre.

C'est principalement du *croup* (*laryngite pseudo-membraneuse*) qu'il importe de distinguer la maladie qui nous occupe. Dans l'un, en effet, le pronostic est très grave et le traitement doit être très énergique, tandis que dans l'autre, malgré la violence des symptômes, on doit s'attendre à une heureuse issue, et des moyens fort simples ont parfaitement réussi.

On distingue le pseudo-croup du croup : 1° Par les symptômes du début, qui sont beaucoup plus graves dans cette dernière maladie. La gêne de la respiration, la douleur du larynx, sont plus intenses ; les symptômes généraux plus inquiétants. Les accès de suffocation, au contraire, et surtout le premier, sont moins violents, ou tranchent moins, s'il est permis de s'exprimer ainsi, sur les symptômes continus. 2° Dans les intervalles des accès, les symptômes de la laryngite pseudo-membraneuse restent toujours plus ou moins inquiétants. 3° Dans le pseudo-croup, la voix est simplement enrouée ; dans le croup, elle est fortement altérée d'abord, puis éteinte. 4° Les enfants affectés du croup présentent souvent un engorgement des ganglions lymphatiques du cou qui n'existe pas dans le pseudo-croup. 5° Dans la laryngite pseudo-membraneuse, il y a fréquemment rejet, par l'expuition, d'un ou de plusieurs lambeaux de fausses membranes croupales ; rien de semblable dans la laryngite striduleuse. 6° Enfin, en examinant le pharynx, ce qu'il ne faut jamais négliger, on trouve fréquemment dans le croup, sur les amygdales, la fausse membrane diphthéritique qui n'existe jamais dans le pseudo-croup. Telles sont les bases sur lesquelles le praticien devra asseoir ce diagnostic si important (1).

(1) On peut rapprocher de ce diagnostic celui que MM. Barthez et Rilliet ont emprunté à Wichmann, et qui prouve que cet auteur avait observé attentivement les faits. Le voici :


DIAGNOSTIC DE WICHMANN.


ASTHME SPASMODIQUE.	ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
1° Il naît subitement, et la première attaque se manifeste ordinairement la nuit.	1° Elle naît lentement, se développe peu à peu. Le premier accès paraît ordinairement le jour.
2° Il est toujours sporadique.	2° Elle règne d'ordinaire épidémiquement.
3° La toux, quand elle existe, est sèche, sans aucune expectoration.	3° Des couches de matière puriforme et des concrétions cylindriques sont expulsées par la toux et par le vomissement.

que le spasme de la glotte ne fût, dans ces cas, qu'un simple symptôme. Mais c'est une question qui reviendra à l'article *Diagnostic*.

Nous ne dirons rien de l'irritation intestinale que M. Clarke (*loc. cit.*) a trouvée dans la plupart des cas; elle n'était pas due à la laryngite striduleuse, mais bien à la difficulté de la dentition, qui existait presque toujours, et qui donnait lieu non à une inflammation suffocante du larynx, mais à une ou plusieurs attaques d'éclampsie avec suffocation.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le pseudo-croup a une *marche* aiguë. En peu d'heures, ordinairement, le premier accès paraît et la maladie est à son plus haut degré d'intensité. La forme d'accès appartient essentiellement à cette maladie, et lui donne une physionomie particulière. Néanmoins nous remarquons dans les observations qui ont été prises avec le plus de soin, qu'il reste quelques symptômes entre les accès. Ces symptômes sont, assez souvent, très faibles : ainsi on n'observe qu'un peu d'enrouement, une certaine gêne dans le larynx, accidents qu'on serait tenté de regarder comme une suite de grands efforts de toux et d'inspiration, mais qui annoncent un peu d'inflammation de la muqueuse laryngienne, puisque ce sont les mêmes qui existaient avant l'accès. Ces symptômes étant ceux de la laryngite simple légère décrite plus haut, et que l'on doit regarder comme une simple indisposition plutôt que comme une maladie réelle, il n'est pas surprenant qu'on ait vu des enfants se livrer à leurs jeux presque immédiatement après l'accès, et ces cas ont pu faire croire à une intermittence complète.

Il peut arriver que la maladie, soit qu'on lui oppose des remèdes puissants, soit qu'on la livre pour ainsi dire à elle-même, ne présente qu'un seul accès ; on en voit un exemple dans une observation publiée par le docteur Jonathan Couch (1); mais le plus souvent de nouveaux accès ont lieu à des intervalles variables, une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Wichmann et Guersant ont remarqué que le retour des accès avait lieu principalement pendant la nuit. Ce dernier auteur a également noté que la violence des accès allait toujours en décroissant depuis le premier. L'observation de M. Bretonneau nous fournit un exemple à l'appui de cette assertion.

Ici se présente naturellement une question intéressante : *Quelle est la cause de cette intermittence, de ces accès séparés par des intervalles de calme si remarquables, dans une affection où nous admettons une inflammation qui persiste dans tout le cours de la maladie?* Bien des médecins élèvent des doutes sur la nature inflammatoire de la laryngite striduleuse, à cause de cette forme intermittente. Il leur faut, pour expliquer les accès, un spasme, une convulsion de la glotte : symptômes purement nerveux. Les faits ne me permettent pas de partager cette manière de voir. Les premiers symptômes décrits plus haut sont ceux d'une laryngite légère ; dans la laryngite simple elle-même, il existe des exacerbations qui, sans être aussi remarquables que dans le pseudo-croup, n'en donnent pas moins à la maladie un caractère marqué d'intermittence, ou, si l'on veut, de rémittence, et ce qu'il est vrai de dire de l'inflammation du larynx ne l'est pas moins de les autres affections de cet organe qui déterminent la suffocation. Sans doute

(1) *Observation on croup* (*Annals of med. and surg.*, 1817, t. I, p. 271).

la laryngite striduleuse, cette forme de la maladie est plus frappante; mais cela ne tient-il pas à l'étroitesse de la glotte et à la plus grande facilité avec laquelle se gonflent ses tissus chez les jeunes enfants, qui sont presque exclusivement affectés de cette maladie?

Voici, du reste, comment M. Bretonneau, qui s'est occupé des maladies ayant quelques rapports avec le croup, explique ces violents accès, qu'il considère comme produits par une sorte d'*enchifrènement de la glotte :* « Aucune constriction ne peut, dit-il, resserrer ni diminuer le calibre des narines, et cependant l'enchifrènement cesse et augmente plusieurs fois dans la même heure; il suffit d'un léger changement de température pour opérer ces vicissitudes... On voit donc que l'air, sans que le spasme y ait aucune part, peut avoir alternativement un accès plus ou moins facile dans les canaux aérifères. » Peut-être tous les auteurs se seraient-ils rendus à cette manière de voir de MM. Bretonneau et Guersant, s'ils avaient été plus sévères dans leurs observations, et s'ils n'avaient pas donné le nom de *laryngite striduleuse* à des affections étrangères, et notamment à des cas d'éclampsie partielle désignés sous le nom de *spasme de la glotte*. On verra, aux articles *Asthme thymique* et *Éclampsie*, ce que nous pensons de ce *spasme de la glotte*. Nous en dirons quelques mots plus loin au paragraphe consacré au diagnostic du pseudo-croup.

Suivant Guersant, la *durée* de la maladie est de trois à quinze jours; cependant nous trouvons quelques cas dans lesquels la durée a été d'un mois. Guersant pense que, lorsqu'il en est ainsi, « le plus souvent la fièvre et la durée de la maladie sont le résultat de toutes les médications plus ou moins actives qu'on ne manque jamais de mettre en usage pour la combattre, parce qu'on la confond généralement avec le croup (*loc. cit.*, p. 357). » Il est fâcheux qu'une analyse exacte des faits ne mette pas hors de doute ce point important. On a cité des cas de spasme de la glotte qui duraient plusieurs mois et même plus d'un an. Mais, dans ces cas, ou bien il y avait eu plusieurs attaques de laryngite striduleuse à de grandes distances, ou bien le spasme de la glotte n'était qu'un symptôme d'une affection convulsive générale.

De nouvelles difficultés s'élèvent lorsqu'il s'agit de rechercher quelle est la *terminaison* de cette maladie. Les deux observateurs les plus exacts, M. Bretonneau et Guersant, n'ont jamais vu la laryngite striduleuse causer la mort. Dans les observations recueillies par les médecins anglais, au contraire, on voit un certain nombre d'exemples de terminaison fatale. A quoi tient cette différence? Toujours à la même cause. Plusieurs de ces derniers auteurs n'ont point été assez sévères dans le diagnostic; toutes les fois qu'ils ont vu survenir rapidement, dans le cours d'une bonne santé apparente, un accès de suffocation, ils ont admis l'existence de la maladie; et c'est cette confusion de plusieurs affections de [illegible] fort différente qui a introduit l'erreur dans les résultats qu'ils ont obtenus (1). Toutefois on ne doit [illegible]clure d'une manière a[illegible] des observations de M. Bretonneau et de Guersant, que la [illegible]telle : on trouve dans les écrits de Home,

(1) Le docteur [illegible] jusqu'à prétendre qu'il n'y a entre le vrai croup et le croup [illegible]iduleuse, d'autres différences que le degré de violence et d'int[illegible] symptômes. C'est là une manière de voir entièrement contrai[illegible]

de Millar, de Wichmann, de Vieusseux, de Lobstein, des cas mortels qu'on ne peut rapporter qu'à la laryngite striduleuse, et que Guersant regarde lui-même comme appartenant à cette affection. Quelle influence le traitement a-t-il pu avoir sur cette terminaison fatale? C'est ce que nous examinerons plus tard. En attendant, il nous est permis de dire avec certitude que le pseudo-croup peut, quoique très rarement, se terminer par la mort.

En *résumé*, la laryngite striduleuse est une inflammation peu profonde du larynx, qui donne lieu à des accès violents, qui n'a ordinairement pas une durée plus longue qu'une laryngite simple légère, et qu'on n'a guère vue se terminer par la mort, depuis qu'on a cessé de la confondre avec le croup et qu'on lui oppose un traitement simple.

§ V. — Lésions anatomiques.

« Comme je n'ai jamais vu, dit Guersant, succomber un seul individu à cette maladie, à moins qu'elle ne fût compliquée, je ne puis donner les caractères anatomiques du pseudo-croup simple, qui me sont inconnus. » M. Bretonneau (*loc. cit.*, p. 264) s'exprime à peu près de la même manière, et il ajoute : « Sans doute les lésions de la glotte ou du larynx, qui produisent la toux et modifient le timbre de la voix, sont bien légères, puisque les symptômes généraux dont elles s'accompagnent sont si peu graves et si fugaces. » Les renseignements que nous fournissent sur ce point les observations sont des plus vagues ; tout ce qu'il en résulte, c'est que, comme l'avait prévu M. Bretonneau, les lésions trouvées après la mort sont très légères. Un peu de mucus, une faible rougeur ont été notés dans quelques cas, et, le plus souvent, les auteurs se contentent de dire que le larynx était exempt d'altérations.

Nous ne parlons point des lésions que quelques auteurs anglais ont trouvées dans les membranes du cerveau, car alors la maladie principale était une arachnitis, et la suffocation n'était qu'un symptôme. Le docteur Clarke attribue la maladie à une irritation cérébrale ; mais c'est encore une maladie étrangère, l'éclampsie, qui l'a induit en erreur.

M. Hugh Ley (1) a cru trouver la cause de cette maladie dans la tuméfaction des glandes bronchiques qui, comprimant le nerf vague, déterminent un spasme mortel de la glotte. Cette opinion singulière a été réfutée par M. Robertson (2), qui, dans des cas semblables à ceux que M. Ley a rapportés, n'a point trouvé la lésion dont il s'agit.

Nous avons présenté ces considérations, parce qu'il n'est pas indifférent, pour le traitement du pseudo-croup, de savoir si l'on n'a affaire qu'à un catarrhe léger du larynx, ou s'il existe une lésion plus profonde et bien plus difficile à faire disparaître.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Parmi les maladies que l'on a quelquefois confondues avec la laryngite striduleuse, il en est qui ont leur siége dans le larynx, et d'autres qui occupent des parties plus ou moins éloignées. Commençons par celles qui siégent dans le larynx.

La *laryngite simple aiguë*, lorsqu'elle est *légère*, présente les premiers sym

(1) *Observ. on the crowing inspir. of children, etc.* (*Lond. med. Gaz.*, février 1834, p. 702.
(2) *London medical Gazette*, 29 march 1834, p. 968.

ptômes de la laryngite striduleuse; mais comme les accès ne surviennent pas dans la première de ces deux affections, il n'y a pas lieu d'établir un diagnostic entre elles.

Il n'en est pas de même de la *laryngite simple aiguë intense*. On a vu, dans la description de cette maladie, qu'il y avait des moments d'exacerbation où la gêne de la respiration pouvait être portée à un degré beaucoup plus élevé. Mais ces exacerbations ne contrastent pas avec le peu de gravité des symptômes antécédents, au point de paraître des accès subits; tandis que, d'un autre côté, la douleur, la gêne dans le larynx, la toux, l'altération de la voix, sont beaucoup plus prononcés, et le mouvement fébrile surtout beaucoup plus considérable. En un mot, d'une part, accès violents, et hors des accès symptômes presque nuls; d'autre part, simples exacerbations, et entre elles symptômes toujours assez graves : voilà ce qui rend ces deux affections très différentes l'une de l'autre.

C'est principalement du *croup* (*laryngite pseudo-membraneuse*) qu'il importe de distinguer la maladie qui nous occupe. Dans l'un, en effet, le pronostic est très grave et le traitement doit être très énergique, tandis que dans l'autre, malgré la violence des symptômes, on doit s'attendre à une heureuse issue, et des moyens fort simples ont parfaitement réussi.

On distingue le pseudo-croup du croup : 1° Par les symptômes du début, qui sont beaucoup plus graves dans cette dernière maladie. La gêne de la respiration, la douleur du larynx, sont plus intenses; les symptômes généraux plus inquiétants. Les accès de suffocation, au contraire, et surtout le premier, sont moins violents, ou tranchent moins, s'il est permis de s'exprimer ainsi, sur les symptômes continus. 2° Dans les intervalles des accès, les symptômes de la laryngite pseudo-membraneuse restent toujours plus ou moins inquiétants. 3° Dans le pseudo-croup, la voix est simplement enrouée; dans le croup, elle est fortement altérée d'abord, puis éteinte. 4° Les enfants affectés du croup présentent souvent un engorgement des ganglions lymphatiques du cou qui n'existe pas dans le pseudo-croup. 5° Dans la laryngite pseudo-membraneuse, il y a fréquemment rejet, par l'expuition, d'un ou de plusieurs lambeaux de fausses membranes croupales; rien de semblable dans la laryngite striduleuse. 6° Enfin, en examinant le pharynx, ce qu'il ne faut jamais négliger, on trouve fréquemment dans le croup, sur les amygdales, la fausse membrane diphthéritique qui n'existe jamais dans le pseudo-croup. Telles sont les bases sur lesquelles le praticien devra asseoir ce diagnostic si important (1).

(1) On peut rapprocher de ce diagnostic celui que MM. Barthez et Rilliet ont emprunté à Wichmann, et qui prouve que cet auteur avait observé attentivement les faits. Le voici :




DIAGNOSTIC DE WICHMANN.



ASTHME SPASMODIQUE.	ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
1° Il naît subitement, et la première attaque se manifeste ordinairement la nuit.	1° Elle naît lentement, se développe peu à peu. Le premier accès paraît ordinairement le jour.
2° Il est toujours sporadique.	2° Elle règne d'ordinaire épidémiquement.
3° La toux, quand elle existe, est sèche, sans aucune expectoration.	3° Des couches de matière puriforme et des concrétions cylindriques sont expulsées par la toux et par le vomissement.

On a pensé que l'*œdème de la glotte* et la *coqueluche* pourraient être confondus, dans certains cas, avec le pseudo-croup. Lorsque nous ferons l'histoire de ces affections, nous dirons un mot de ce point de diagnostic, qui n'offre réellement pas de difficultés sérieuses.

Nous avons dit que les médecins anglais ont cité comme des pseudo-croups un certain nombre de cas de suffocation avec *convulsions générales*. Ces auteurs, regardant la suffocation comme la maladie principale, sans doute parce que ces symptômes sont les plus effrayants, et que la mort peut survenir dans un accès, n'ont pas élevé le moindre doute sur la nature de la maladie. Nous ne pensons pas néanmoins que leur opinion doive être admise, et pour qu'on puisse en juger, je vais en peu de mots exposer les symptômes attribués par eux à la maladie. Nous prendrons la description de M. William Kerr (1), comme la plus claire et la plus complète : « On peut, dit cet auteur, être appelé en hâte pour des convulsions, accident qui accompagne fréquemment le *laryngismus stridulus*... *Avec le temps*, la maladie attire l'attention ; car, durant son cours, des symptômes nouveaux se joignent aux symptômes très simples de l'affection de la glotte. Les pouces sont tournés vers la paume des mains ; celles-ci sont fermées ; et quand on a employé la force pour les ouvrir, elles se referment promptement ; les pieds sont tournés en bas et en dedans ; le dos des pieds et des mains est gonflé. Après l'accès, les pouces sont quelquefois si roides, que l'enfant ne peut pas tenir les objets ; *il y a une paralysie temporaire des mains*... A une époque un peu plus avancée, l'enfant a même de la peine à se tenir debout. Les petits sujets ont plus de difficulté que les autres à parler. » Quant au nombre des attaques et à la durée de la maladie, M. Kerr dit que « parfois il y a de vingt à trente accès en quelques jours, et que parfois aussi on n'en compte pas un seul *pendant plusieurs semaines.* »

En voilà assez pour montrer quelle différence immense il y a entre cette affection et celle que j'ai décrite dans cet article. D'une part, maladie aiguë, de courte durée, n'offrant pour ainsi dire que des symptômes locaux, et présentant à peine quelques mouvements convulsifs au plus fort des accès ; de l'autre, maladie chronique durant plusieurs mois, remarquable par des symptômes nerveux intenses, des convulsions, comme on n'en voit que dans les véritables névroses. On ne saurait réunir sous le même nom deux affections si dissemblables. Nous ajoutons que c'est en pareil cas que la mort est le plus souvent survenue, et qu'on a trouvé les lésions des membranes cérébrales indiquées plus haut. La plupart des faits cités

4° La douleur manque ; elle est remplacée par une constriction de la poitrine.	4° La douleur existe dans le conduit aérien, et l'on perçoit par le toucher une légère tuméfaction au niveau de l'endroit douloureux. Cette tuméfaction n'est pas sensible à la vue.
5° La voix est rau[illegible]reuse.	5° La voix a un timbre sifflant très spécial.
6° La fièvre n'existe pas.	6° La fièvre existe.
7° Les accidents alternent avec des intermittences, pendant lesquelles les enfants paraissent en bonne santé.	7° Les accidents continuent sans interruption ; il n'y a pas d'intermittences bien évidentes.
8° La maladie est de nature convulsive, et réclame un traitement antispasmodique.	8° La maladie est de nature inflammatoire, et réclame un traitement antiphlogistique.

(1) *On laryngismus stridulus or spasm of the glottis* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, 1838, vol. XLIX, p. 344).

par les auteurs anglais m'ont paru appartenir à l'*éclampsie* (1); y en a-t-il qu'il faille rapporter à une inflammation chronique des méninges? La description des lésions n'est pas assez exacte pour qu'on puisse répondre à cette question.

C'est par un rapprochement plus que forcé qu'on a voulu rapporter la suffocation observée dans l'*hystérie* (2) à une angine convulsive ou laryngite striduleuse. Il est donc inutile d'établir un diagnostic entre ces deux affections.

L'*asthme thymique*, dont les médecins allemands ont cité d'assez nombreux exemples et ont plusieurs fois donné la description, présente des points de ressemblance assez grands avec la laryngite striduleuse. Mais comme cette maladie est imparfaitement connue en France, nous attendrons, pour en présenter le diagnostic différentiel, d'en avoir fait l'histoire. Nous renvoyons donc à l'article où il sera traité de cette maladie.

L'*asthme aigu de Millar* a fort préoccupé les auteurs, et l'on a cherché à distinguer cette prétendue affection du pseudo-croup, comme de toutes celles qui occupent le larynx. Mais il suffit de parcourir avec attention le mémoire de Millar (3) pour voir que cet auteur a donné le nom d'*asthme aigu* à toute affection aiguë des voies respiratoires qui cause des accès de suffocation plus ou moins prononcés. Ainsi il confondait sous le même nom la laryngite simple aiguë, la laryngite striduleuse, le croup, la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse. C'est ce que prouvent, et les détails anatomiques fournis par l'auteur sur une substance blanche, dure, gélatineuse, obstruant les bronches (page 38), et sa description des symptômes du second degré de l'asthme aigu (4). Il n'y a donc pas lieu d'établir un diagnostic.

La *bronchite capillaire suffocante*, sur laquelle M. le docteur Fauvel a publié un travail très important, pourrait-elle être confondue avec le pseudo-croup? Si l'on considère que la dyspnée est essentiellement intermittente dans celui-ci, et continue dans celle-là; que la fièvre, presque nulle dans la laryngite striduleuse, est notable dans la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse, et qu'enfin il y a dans cette dernière maladie une grande abondance de râle sous-crépitant ou sonore qui n'existe pas dans la première, on verra que l'erreur est très facile à éviter.

Les symptômes de la laryngite striduleuse pourraient, bien plus encore que ceux de la laryngite aiguë simple, être confondus avec ceux qui résultent de l'introduction d'un *corps étranger dans le larynx*. C'est dans ce diagnostic que le léger enrouement du début acquiert une grande importance; car, avec les commémoratifs, il constitue à peu près seul la différence qui existe entre les deux affections.

(1) Cette manière de voir, que nous avons puisée dans l'étude de[...]ations, a été depuis admise par M. Trousseau et par M. Hérard (*Du spasme de la glo[...]*, thèse, Paris). Elle paraît être partagée aujourd'hui par le plus grand nombre des médecins français.

[...]erhaave, *Angina convulsiva*. — Thomas Laycock, *Spasme de la glotte* (*Lond. med. Gaz.*, 1837-1838, vol. XXII, p. 205).

(3) *Observation sur l'asthme et le croup*, traduction de L. Sentex. Paris, 1808.

(4) Aujourd'hui que des recherches plus exactes ont porté leurs vives lumières sur ces diverses maladies, il est évident que cette dénomination d'asthme aigu de Millar doit disparaître du vocabulaire médical, comme la maladie complexe qu'elle désigne doit être retranchée du cadre nosologique. C'est le seul moyen de faire cesser la confusion que cette prétendue affection a apportée jusqu'à présent dans l'histoire des maladies du larynx.

que le spasme de la glotte ne fût, dans ces cas, qu'un simple symptôme. Mais c'est une question qui reviendra à l'article *Diagnostic.*

Nous ne dirons rien de l'irritation intestinale que M. Clarke (*loc. cit.*) a trouvée dans la plupart des cas; elle n'était pas due à la laryngite striduleuse, mais bien à la difficulté de la dentition, qui existait presque toujours, et qui donnait lieu non à une inflammation suffocante du larynx, mais à une ou plusieurs attaques d'éclampsie avec suffocation.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le pseudo-croup a une *marche* aiguë. En peu d'heures, ordinairement, le premier accès paraît et la maladie est à son plus haut degré d'intensité. La forme d'accès appartient essentiellement à cette maladie, et lui donne une physionomie particulière. Néanmoins nous remarquons dans les observations qui ont été prises avec le plus de soin, qu'il reste quelques symptômes entre les accès. Ces symptômes sont, assez souvent, très faibles : ainsi on n'observe qu'un peu d'enrouement, une certaine gêne dans le larynx, accidents qu'on serait tenté de regarder comme une suite de grands efforts de toux et d'inspiration, mais qui annoncent un peu d'inflammation de la muqueuse laryngienne, puisque ce sont les mêmes qui existaient avant l'accès. Ces symptômes étant ceux de la laryngite simple légère décrite plus haut, et que l'on doit regarder comme une simple indisposition plutôt que comme une maladie réelle, il n'est pas surprenant qu'on ait vu des enfants se livrer à leurs jeux presque immédiatement après l'accès, et ces cas ont pu faire croire à une intermittence complète.

Il peut arriver que la maladie, soit qu'on lui oppose des remèdes puissants, soit qu'on la livre pour ainsi dire à elle-même, ne présente qu'un seul accès; on en voit un exemple dans une observation publiée par le docteur Jonathan Couch (1); mais le plus souvent de nouveaux accès ont lieu à des intervalles variables, une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Wichmann et Guersant ont remarqué que le retour des accès avait lieu principalement pendant la nuit. Ce dernier auteur a également noté que la violence des accès allait toujours en décroissant depuis le premier. L'observation de M. Bretonneau nous fournit un exemple à l'appui de cette assertion.

Ici se présente naturellement une question intéressante : *Quelle est la cause de cette intermittence, de ces accès séparés par des intervalles de calme si remarquables, dans une affection où nous admettons une inflammation qui persiste dans tout le cours de la maladie?* Bien des médecins élèvent des doutes sur la nature inflammatoire de la laryngite striduleuse, à cause de cette forme intermittente. Il leur faut, pour expliquer les accès, un spasme, une convulsion de la glotte : symptômes purement nerveux. Les faits ne me permettent pas de partager cette manière de voir. Les premiers symptômes décrits plus haut sont ceux d'une laryngite légère; dans la laryngite simple elle-même, il existe des exacerbations qui, sans être aussi remarquables que dans le pseudo-croup, n'en donnent pas moins à la maladie un caractère marqué d'intermittence, ou, si l'on veut, de rémittence; et ce qu'il est vrai de dire de l'inflammation du larynx ne l'est pas moins de toutes les autres affections de cet organe qui déterminent la suffocation. Sans doute, dans

(1) *Observation on croup* (*Annals of med. and surg.*, 1817, t. I, p. 274).

la laryngite striduleuse, cette forme de la maladie est plus frappante ; mais cela ne tient-il pas à l'étroitesse de la glotte et à la plus grande facilité avec laquelle se gonflent ses tissus chez les jeunes enfants, qui sont presque exclusivement affectés de cette maladie ?

Voici, du reste, comment M. Bretonneau, qui s'est occupé des maladies ayant quelques rapports avec le croup, explique ces violents accès, qu'il considère comme produits par une sorte d'*enchifrènement de la glotte* : « Aucune constriction ne peut, dit-il, resserrer ni diminuer le calibre des narines, et cependant l'enchifrènement cesse et augmente plusieurs fois dans la même heure ; il suffit d'un léger changement de température pour opérer ces vicissitudes... On voit donc que l'air, sans que le spasme y ait aucune part, peut avoir alternativement un accès plus ou moins facile dans les canaux aérifères. » Peut-être tous les auteurs se seraient-ils rendus à cette manière de voir de MM. Bretonneau et Guersant, s'ils avaient été plus sévères dans leurs observations, et s'ils n'avaient pas donné le nom de *laryngite striduleuse* à des affections étrangères, et notamment à des cas d'éclampsie partielle désignés sous le nom de *spasme de la glotte*. On verra, aux articles *Asthme thymique* et *Éclampsie*, ce que nous pensons de ce *spasme de la glotte*. Nous en dirons quelques mots plus loin au paragraphe consacré au diagnostic du pseudo-croup.

Suivant Guersant, la *durée* de la maladie est de trois à quinze jours ; cependant nous trouvons quelques cas dans lesquels la durée a été d'un mois. Guersant pense que, lorsqu'il en est ainsi, « le plus souvent la fièvre et la durée de la maladie sont le résultat de toutes les médications plus ou moins actives qu'on ne manque jamais de mettre en usage pour la combattre, parce qu'on la confond généralement avec le croup (*loc. cit.*, p. 357). » Il est fâcheux qu'une analyse exacte des faits ne mette pas hors de doute ce point important. On a cité des cas de spasme de la glotte qui duraient plusieurs mois et même plus d'un an. Mais, dans ces cas, ou bien il y avait eu plusieurs attaques de laryngite striduleuse à de grandes distances, ou bien le spasme de la glotte n'était qu'un symptôme d'une affection convulsive générale.

De nouvelles difficultés s'élèvent lorsqu'il s'agit de rechercher quelle est la *terminaison* de cette maladie. Les deux observateurs les plus exacts, M. Bretonneau et Guersant, n'ont jamais vu la laryngite striduleuse causer la mort. Dans les observations recueillies par les médecins anglais, au contraire, on voit un certain nombre d'exemples de terminaison fatale. A quoi tient cette différence ? Toujours à la même cause. Plusieurs de ces derniers auteurs n'ont point été assez sévères dans le diagnostic ; toutes les fois qu'ils ont vu survenir rapidement, dans le cours d'une bonne santé apparente, un accès de suffocation, ils ont admis l'existence de la maladie ; et c'est cette confusion de plusieurs affections de genre fort différente qui a introduit l'erreur dans les résultats qu'ils ont obtenus (1). Toutefois on ne doit pas conclure d'une manière absolue, des observations de M. Bretonneau et de Guersant, que la maladie n'est jamais mortelle : on trouve dans les écrits de Home,

(1) Le docteur Kellio, cité par J. Cheyne, va jusqu'à prétendre qu'il n'y a entre le vrai croup et le croup spasmodique, ou laryngite striduleuse, d'autres différences que le degré de violence et d'intermittence ou la continuité des symptômes. C'est là une manière de voir entièrement contraire aux faits.

de Millar, de Wichmann, de Vieusseux, de Lobstein, des cas mortels qu'on ne peut rapporter qu'à la laryngite striduleuse, et que Guersant regarde lui-même comme appartenant à cette affection. Quelle influence le traitement a-t-il pu avoir sur cette terminaison fatale? C'est ce que nous examinerons plus tard. En attendant, il nous est permis de dire avec certitude que le pseudo-croup peut, quoique très rarement, se terminer par la mort.

En *résumé*, la laryngite striduleuse est une inflammation peu profonde du larynx, qui donne lieu à des accès violents, qui n'a ordinairement pas une durée plus longue qu'une laryngite simple légère, et qu'on n'a guère vue se terminer par la mort, depuis qu'on a cessé de la confondre avec le croup et qu'on lui oppose un traitement simple.

§ V. — Lésions anatomiques.

« Comme je n'ai jamais vu, dit Guersant, succomber un seul individu à cette maladie, à moins qu'elle ne fût compliquée, je ne puis donner les caractères anatomiques du pseudo-croup simple, qui me sont inconnus. » M. Bretonneau (*loc. cit.*, p. 264) s'exprime à peu près de la même manière, et il ajoute : « Sans doute les lésions de la glotte ou du larynx, qui produisent la toux et modifient le timbre de la voix, sont bien légères, puisque les symptômes généraux dont elles s'accompagnent sont si peu graves et si fugaces. » Les renseignements que nous fournissent sur ce point les observations sont des plus vagues; tout ce qu'il en résulte, c'est que, comme l'avait prévu M. Bretonneau, les lésions trouvées après la mort sont très légères. Un peu de mucus, une faible rougeur ont été notés dans quelques cas, et, le plus souvent, les auteurs se contentent de dire que le larynx était exempt d'altérations.

Nous ne parlons point des lésions que quelques auteurs anglais ont trouvées dans les membranes du cerveau, car alors la maladie principale était une arachnitis, et la suffocation n'était qu'un symptôme. Le docteur Clarke attribue la maladie à une irritation cérébrale; mais c'est encore une maladie étrangère, l'éclampsie, qui l'a induit en erreur.

M. Hugh Ley (1) a cru trouver la cause de cette maladie dans la tuméfaction des glandes bronchiques qui, comprimant le nerf vague, déterminent un spasme mortel de la glotte. Cette opinion singulière a été réfutée par M. Robertson (2), qui, dans des cas semblables à ceux que M. Ley a rapportés, n'a point trouvé la lésion dont il s'agit.

Nous avons présenté ces considérations, parce qu'il n'est pas indifférent, pour le traitement du pseudo-croup, de savoir si l'on n'a affaire qu'à un catarrhe léger du larynx, ou s'il existe une lésion plus profonde et bien plus difficile à faire disparaître.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Parmi les maladies que l'on a quelquefois confondues avec la laryngite striduleuse, il en est qui ont leur siége dans le larynx, et d'autres qui occupent des parties plus ou moins éloignées. Commençons par celles qui siégent dans le larynx.

La *laryngite simple aiguë*, lorsqu'elle est *légère*, présente les premiers sym

(1) *Observ. on the crowing inspir. of children, etc.* (*Lond. med. Gaz.*, février 1834, p. 702).

(2) *London medical Gazette*, 29 march 1834, p. 968.

ptômes de la laryngite striduleuse; mais comme les accès ne surviennent pas dans la première de ces deux affections, il n'y a pas lieu d'établir un diagnostic entre elles.

Il n'en est pas de même de la *laryngite simple aiguë intense.* On a vu, dans la description de cette maladie, qu'il y avait des moments d'exacerbation où la gêne de la respiration pouvait être portée à un degré beaucoup plus élevé. Mais ces exacerbations ne contrastent pas avec le peu de gravité des symptômes antécédents, au point de paraître des accès subits; tandis que, d'un autre côté, la douleur, la gêne dans le larynx, la toux, l'altération de la voix, sont beaucoup plus prononcés, et le mouvement fébrile surtout beaucoup plus considérable. En un mot, d'une part, accès violents, et hors des accès symptômes presque nuls; d'autre part, simples exacerbations, et entre elles symptômes toujours assez graves : voilà ce qui rend ces deux affections très différentes l'une de l'autre.

C'est principalement du *croup* (*laryngite pseudo-membraneuse*) qu'il importe de distinguer la maladie qui nous occupe. Dans l'un, en effet, le pronostic est très grave et le traitement doit être très énergique, tandis que dans l'autre, malgré la violence des symptômes, on doit s'attendre à une heureuse issue, et des moyens fort simples ont parfaitement réussi.

On distingue le pseudo-croup du croup : 1° Par les symptômes du début, qui sont beaucoup plus graves dans cette dernière maladie. La gêne de la respiration, la douleur du larynx, sont plus intenses; les symptômes généraux plus inquiétants. Les accès de suffocation, au contraire, et surtout le premier, sont moins violents, ou tranchent moins, s'il est permis de s'exprimer ainsi, sur les symptômes continus. 2° Dans les intervalles des accès, les symptômes de la laryngite pseudo-membraneuse restent toujours plus ou moins inquiétants. 3° Dans le pseudo-croup, la voix est simplement enrouée; dans le croup, elle est fortement altérée d'abord, puis éteinte. 4° Les enfants affectés du croup présentent souvent un engorgement des ganglions lymphatiques du cou qui n'existe pas dans le pseudo-croup. 5° Dans la laryngite pseudo-membraneuse, il y a fréquemment rejet, par l'expuition, d'un ou de plusieurs lambeaux de fausses membranes croupales; rien de semblable dans la laryngite striduleuse. 6° Enfin, en examinant le pharynx, ce qu'il ne faut jamais négliger, on trouve fréquemment dans le croup, sur les amygdales, la fausse membrane diphthéritique qui n'existe jamais dans le pseudo-croup. Telles sont les bases sur lesquelles le praticien devra asseoir ce diagnostic si important (1).

(1) On peut rapprocher de ce diagnostic celui que MM. Barthez et Rilliet ont emprunté à Wichmann, et qui prouve que cet auteur avait observé attentivement les faits. Le voici :




DIAGNOSTIC DE WICHMANN.

ASTHME SPASMODIQUE.	ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
1° Il naît subitement, et la première attaque se manifeste ordinairement la nuit.	1° Elle naît lentement, se développe peu à peu. Le premier accès paraît ordinairement le jour.
2° Il est toujours sporadique.	2° Elle règne d'ordinaire épidémiquement.
3° La toux, quand elle existe, est sèche, sans aucune expectoration.	3° Des couches de matière puriforme et des concrétions cylindriques sont expulsées par la toux et par le vomissement.

On a pensé que l'*œdème de la glotte* et la *coqueluche* pourraient être confondus, dans certains cas, avec le pseudo-croup. Lorsque nous ferons l'histoire de ces affections, nous dirons un mot de ce point de diagnostic, qui n'offre réellement pas de difficultés sérieuses.

Nous avons dit que les médecins anglais ont cité comme des pseudo-croups un certain nombre de cas de suffocation avec *convulsions générales*. Ces auteurs, regardant la suffocation comme la maladie principale, sans doute parce que ces symptômes sont les plus effrayants, et que la mort peut survenir dans un accès, n'ont pas élevé le moindre doute sur la nature de la maladie. Nous ne pensons pas néanmoins que leur opinion doive être admise, et pour qu'on puisse en juger, je vais en peu de mots exposer les symptômes attribués par eux à la maladie. Nous prendrons la description de M. William Kerr (1), comme la plus claire et la plus complète : « On peut, dit cet auteur, être appelé en hâte pour des convulsions, accident qui accompagne fréquemment le *laryngismus stridulus*... *Avec le temps*, la maladie attire l'attention ; car, durant son cours, des symptômes nouveaux se joignent aux symptômes très simples de l'affection de la glotte. Les pouces sont tournés vers la paume des mains ; celles-ci sont fermées ; et quand on a employé la force pour les ouvrir, elles se referment promptement ; les pieds sont tournés en bas et en dedans ; le dos des pieds et des mains est gonflé. Après l'accès, les pouces sont quelquefois si roides, que l'enfant ne peut pas tenir les objets ; *il y a une paralysie temporaire des mains*... A une époque un peu plus avancée, l'enfant a même de la peine à se tenir debout. Les petits sujets ont plus de difficulté que les autres à parler. » Quant au nombre des attaques et à la durée de la maladie, M. Kerr dit que « parfois il y a de vingt à trente accès en quelques jours, et que parfois aussi on n'en compte pas un seul *pendant plusieurs semaines*. »

En voilà assez pour montrer quelle différence immense il y a entre cette affection et celle que j'ai décrite dans cet article. D'une part, maladie aiguë, de courte durée, n'offrant pour ainsi dire que des symptômes locaux, et présentant à peine quelques mouvements convulsifs au plus fort des accès ; de l'autre, maladie chronique durant plusieurs mois, remarquable par des symptômes nerveux intenses, des convulsions, comme on n'en voit que dans les véritables névroses. On ne saurait réunir sous le même nom deux affections si dissemblables. Nous ajoutons que c'est en pareil cas que la mort est le plus souvent survenue, et qu'on a trouvé les lésions des membranes cérébrales indiquées plus haut. La plupart des faits cités

4° La douleur manque ; elle est remplacée par une constriction de la poitrine.	4° La douleur existe dans le conduit aérien, et l'on perçoit par le toucher une légère tuméfaction au niveau de l'endroit douloureux. Cette tuméfaction n'est pas sensible à la vue.
5° La voix est rauq[illegible]creuse.	5° La voi[illegible]a un timbre sifflant très spécial.
6° La fièvre n'existe pas.	6° La fièvre existe.
7° Les accidents alternent avec des intermittences, pendant lesquelles les enfants paraissent en bonne santé.	7° Les accidents continuent sans i[illegible]tion ; il n'y a pas d'intermittences bien évidentes.
8° La maladie est de nature convulsive, et réclame un traitement antispasmodique.	8° La maladie est de nature inflammatoire, et réclame un traitement antiphlogistique.

(1) *On laryngismus stridulus or spasm of the glottis* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, 1838, vol. XLIX, p. 344).

par les auteurs anglais m'ont paru appartenir à l'*éclampsie* (1); y en a-t-il qu'il faille rapporter à une inflammation chronique des méninges? La description des lésions n'est pas assez exacte pour qu'on puisse répondre à cette question.

C'est par un rapprochement plus que forcé qu'on a voulu rapporter la suffocation observée dans l'*hystérie* (2) à une angine convulsive ou laryngite striduleuse. Il est donc inutile d'établir un diagnostic entre ces deux affections.

L'*asthme thymique*, dont les médecins allemands ont cité d'assez nombreux exemples et ont plusieurs fois donné la description, présente des points de ressemblance assez grands avec la laryngite striduleuse. Mais comme cette maladie est imparfaitement connue en France, nous attendrons, pour en présenter le diagnostic différentiel, d'en avoir fait l'histoire. Nous renvoyons donc à l'article où il sera traité de cette maladie.

L'*asthme aigu de Millar* a fort préoccupé les auteurs, et l'on a cherché à distinguer cette prétendue affection du pseudo-croup, comme de toutes celles qui occupent le larynx. Mais il suffit de parcourir avec attention le mémoire de Millar (3) pour voir que cet auteur a donné le nom d'*asthme aigu* à toute affection aiguë des voies respiratoires qui cause des accès de suffocation plus ou moins prononcés. Ainsi il confondait sous le même nom la laryngite simple aiguë, la laryngite striduleuse, le croup, la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse. C'est ce que prouvent, et les détails anatomiques fournis par l'auteur sur une substance blanche, dure, gélatineuse, obstruant les bronches (page 38), et sa description des symptômes du second degré de l'asthme aigu (4). Il n'y a donc pas lieu d'établir un diagnostic.

La *bronchite capillaire suffocante*, sur laquelle M. le docteur Fauvel a publié un travail très important, pourrait-elle être confondue avec le pseudo-croup? Si l'on considère que la dyspnée est essentiellement intermittente dans celui-ci, et continue dans celle-là; que la fièvre, presque nulle dans la laryngite striduleuse, est notable dans la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse, et qu'enfin il y a dans cette dernière maladie une grande abondance de râle sous-crépitant ou sonore qui n'existe pas dans la première, on verra que l'erreur est très facile à éviter.

Les symptômes de la laryngite striduleuse pourraient, bien plus encore que ceux de la laryngite aiguë simple, être confondus avec ceux qui résultent de l'introduction d'un *corps étranger dans le larynx*. C'est dans ce diagnostic que le léger enrouement du début acquiert une grande importance; car, avec les commémoratifs, il constitue à peu près seul la différence qui existe entre les deux affections.

(1) Cette manière de voir, que nous avons puisée dans l'étude de[illegible]ations, a été depuis admise par M. Trousseau et pa[illegible]. Hérard (*Du spasme de la glo[illegible]thèse*, Paris). Elle paraît être partagée aujourd'hui par le plus grand nombre des médecins français.

[illegible]erhaave, *Angina convulsiva*. — Thomas Laycock, *Spasme de la glotte* (*Lond. med. Gaz.*, 1837-1838, vol. XXII, p. 205).

(3) *Observation sur l'asthme et le croup*, traduction de L. Sentex. Paris, 1808.

(4) Aujourd'hui que des recherches plus exactes ont porté leurs vives lumières sur ces diverses maladies, il est évident que cette dénomination d'asthme aigu de Millar doit disparaître du vocabulaire médical, comme la maladie complexe qu'elle désigne doit être retranchée du cadre nosologique. C'est le seul moyen de faire cesser la confusion que cette prétendue affection a apportée jusqu'à présent dans l'histoire des maladies du larynx.

L'auscultation du larynx serait peut-être utile en pareil cas, mais les expériences ne sont pas encore assez nombreuses.

Résumons maintenant en un tableau ce diagnostic important et parfois difficile, sans lequel la thérapeutique du croup et du pseudo-croup n'aurait jamais pu acquérir la moindre précision.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la laryngite simple aiguë intense et du pseudo-croup.*

PSEUDO-CROUP.	LARYNGITE SIMPLE AIGUE INTENSE.
Avant le premier accès de suffocation, symptômes très légers, simple enrouement, peu ou point de fièvre.	*Avant le premier accès de suffocation*, symptômes assez graves, gêne de la respiration, douleur, toux, fièvre.
Premier accès, très violent, hors de toute proportion avec les symptômes qui l'ont précédé; et ordinairement plus fort que les accès suivants.	*Premier accès*, ordinairement plus faible que les suivants, qui n'ont souvent qu'une légère intensité, et sont difficiles à reconnaître.
Entre les accès, calme parfait; souvent disparition presque complète de tous les symptômes.	*Entre les accès*, les symptômes locaux continuent, quoique à un moindre degré; la fièvre persiste.
Altération de la voix, faible.	*Altération de la voix*, toujours plus prononcée; quelquefois *aphonie*.

Les signes diagnostiques qui précèdent ne consistent, comme on peut le voir, qu'en de simples nuances; c'est que les deux maladies ne diffèrent en effet que par la forme et l'intensité.

2° *Signes distinctifs de la laryngite pseudo-membraneuse (croup) et de la laryngite striduleuse (pseudo-croup).*

PSEUDO-CROUP.	CROUP.
Symptômes du début très légers.	*Symptômes du début* plus ou moins graves.
Dans les *intervalles des accès*, absence presque complète de symptômes.	Dans les *intervalles des accès*, symptômes toujours inquiétants.
Voix peu altérée.	*Voix* très altérée, éteinte.
Pas d'engorgement des ganglions lymphatiques du cou.	*Engorgement* fréquent des ganglions.
Pas d'expectoration de *fausses membranes*.	Dans bien des cas, expectoration de *fausses membranes laryngiennes* (signe pathognomonique).
Point de fausse membrane sur les amygdales.	Souvent *fausse membrane* sur les amygdales.

3° *Signes distinctifs de la suffocation survenant dans l'éclampsie et du pseudo-croup.*

PSEUDO-CROUP.	ACCÈS DE SUFFOCATION DE L'ÉCLAMPSIE.
Accès survenant dans le cours d'une affection aiguë.	*Accès* survenant dans le cours d'une affection convulsive chronique.
Convulsions faibles, seulement dans les accès de suffocation.	*Convulsions violentes*, dont la suffocation est une conséquence.
Après les accès, point d'altération des mouvements.	*Après les accès*, paralysie incomplète des membres (Kerr).

4° Signes distinctifs du pseudo-croup et de la bronchite capillaire suffocante.

PSEUDO-CROUP.	BRONCHITE CAPILLAIRE PURULENTE OU PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Dyspnée intermittente.	*Dyspnée* continue.
Mouvement fébrile nul ou faible.	*Mouvement fébrile* notable.
Peu ou point de *râles*.	*Râles* sous-crépitant et sonore très abondants.

5° Signes distinctifs du pseudo-croup et de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx.

PSEUDO-CROUP.	CORPS ÉTRANGER DANS LE LARYNX.
Toux légère, *enrouement* avant le premier accès.	Ni *toux* ni *enrouement* avant l'accès.
Commémoratifs nuls.	*Commémoratifs* : On peut apprendre que l'enfant a joué avec un corps étranger qu'il a introduit dans sa bouche.

Pronostic. — Après tout ce qui a été dit plus haut, et si l'on a égard aux faits dans lesquels le diagnostic a été le plus sûr et le traitement le plus éclairé, on doit regarder le pseudo-croup comme une affection plus effrayante que grave. Cependant, il est quelques cas authentiques de cette terminaison funeste. Doit-on, comme Guersant, attribuer formellement cette triste issue d'une maladie innocente à la violence d'un traitement actif dirigé contre le croup? Si l'on considère qu'entre les mains de ce praticien les moyens les plus simples ont constamment réussi, on est porté à partager cette opinion. Malheureusement les faits sont insuffisants pour nous donner une solution plus complète de cette question. Avec les connaissances que nous possédons aujourd'hui, et en supposant le traitement convenablement dirigé, on peut prédire une heureuse terminaison de la laryngite striduleuse, si elle n'est point compliquée.

On a vu que le premier accès de suffocation était très violent, et que les suivants perdaient ensuite graduellement de cette intensité. Or, comme il en est tout autrement de la laryngite aiguë intense et de la laryngite pseudo-membraneuse, il s'ensuit que si à un accès très violent et imprévu il succède un calme profond, un état de santé presque parfait, puis un second accès moins violent, on doit penser qu'il s'agit d'un pseudo-croup, et espérer une heureuse terminaison.

§ VII. — Traitement.

Il est difficile d'apprécier rigoureusement la valeur des diverses médications proposées contre le pseudo-croup. Avons-nous besoin d'en indiquer les causes? Cette maladie ayant été confondue d'abord avec le croup, et puis avec des affections nerveuses primitivement étrangères au larynx, on a appliqué le plus souvent le même traitement à des cas hétérogènes, ce qui a rendu impossible tout résultat positif.

Néanmoins, en examinant les faits particuliers, et en leur appliquant les principes de diagnostic indiqués plus haut, je suis parvenu à démêler un certain

nombre de cas de laryngite striduleuse dans lesquels diverses médications ont été mises en usage, et qui me serviront pour l'étude du traitement. Commençons par le traitement simple proposé par M. Bretonneau et Guersant.

1° *Adoucissants, émollients.* — Il est remarquable que Guersant soit presque le seul qui ait insisté sur ces moyens peu violents. La grande majorité des auteurs, se faisant une idée fausse de l'état nerveux éprouvé par les sujets, ont dirigé contre lui des remèdes plus ou moins actifs. Guersant, au contraire, pense que les *tisanes* et les *potions adoucissantes* sont une partie importante du traitement, et les résultats de sa pratique viennent à l'appui de cette proposition.

2° *Laxatifs, purgatifs.* — C'est encore un moyen mis en usage par Guersant, mais plus encore par MM. Bretonneau, Marsh (1) et Kerr (2). M. Bretonneau emploie de préférence le *jalap uni au calomel* et l'*émulsion d'huile de ricin.* Je donnerai les formules dans les *ordonnances.* M. Kerr a mis en usage l'*huile de croton tiglium*, la *rhubarbe*, la *magnésie*, etc., et il dit tenir du docteur Hill, de Greenock, qu'une *mixture d'huile de térébenthine et d'huile de ricin* est presque un spécifique contre cette maladie. Mais je dois rappeler que le docteur W. Kerr est un des auteurs anglais qui ont donné le plus d'extension au *laryngismus stridulus*, et que par conséquent on doit admettre ses assertions avec la plus grande réserve.

3° *Vomitifs.* — Guersant ne les conseille que dans les cas où la maladie a une certaine intensité, lorsqu'il y a de la fièvre et une grande agitation. Mais beaucoup d'autres médecins, au nombre desquels on peut citer Lobstein (3), Vieusseux (4), et surtout M. Couch (5), regardent les vomitifs comme très efficaces et presque comme spécifiques. Il est vrai que nous avons toujours la même objection à faire à ces auteurs : c'est qu'ils ont traité pêle-mêle le croup, le faux croup et l'éclampsie avec respiration striduleuse, et que le diagnostic étant incertain, les résultats tirés de leurs observations ne sauraient être rigoureux. Les vomitifs le plus généralement employés sont le *tartre stibié* et l'*ipécacuanha*, le premier surtout. Le *sulfate de zinc* a été proposé par M. Ley (*loc. cit.*), mais il a été peu mis en usage. Nous ne parlerons point ici du *sulfate de cuivre*, parce que ce médicament, préconisé comme un remède souverain qui peut lui seul enlever rapidement la maladie, mérite d'être étudié à part. Le *tartre stibié* a été donné à assez haute dose. Voici la formule indiquée par le docteur Lejeune (6) dans un cas de laryngite striduleuse, chez un *enfant de dix mois :*

℞ Tartre antimonié de potasse.	0,05 gram.	Sirop de guimauve......... 15 gram.
Eau....................	30 gram.	

Mêlez. A prendre en deux fois, à dix minutes d'intervalle.

Cette dose ne détermina aucun accident, malgré l'âge si peu avancé du sujet. Dès le lendemain, au contraire, le mieux était sensible. Chez un enfant plus âgé

(1) *The Dublin hospital Reports*, 1830, vol. V, p. 600.
(2) *The Edinburgh med. and surg. Journal*, 1838, vol. XLIX, p. 344.
(3) *Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, Paris, 1817, VIII[e] année, 2[e] partie, p. 500.
(4) *Observ. sur le croup* (*Journ. de méd.* de Corvisart, déc. 1806, t. XII, p. 422).
(5) *Observ. on croup* (*Annals of med. and surg.*, 1817, vol. I, p. 271.
(6) *Journal de médecine*, octobre 1812, t. XXV, p. 131, *Observ. sur le croup, etc,*

on peut porter la dose jusqu'à 0,1 gramme, mais il serait inutile de la dépasser, parce que c'est surtout l'effet vomitif qu'on veut produire. Le docteur Couch a souvent réitéré le vomitif trois ou quatre fois dans une nuit, lorsque les accidents persistent, et toujours, dit-il, il a eu à s'en louer. Cette assertion, qui peut être très juste, ne s'appuie pas sur une analyse rigoureuse des faits.

4° *Sangsues, saignées.* — Les évacuations sanguines ne sont encore recommandées par Guersant que dans les cas très graves; mais d'autres auteurs les prescrivent presque dans tous les cas. Quant à M. Bretonneau, c'est aussi dans les cas graves qu'il y a recours, un peu plus souvent toutefois que Guersant. Si nous nous rappelons que ces deux auteurs n'ont pas perdu un seul de leurs malades, nous admettons nécessairement qu'on peut sans crainte négliger les évacuations sanguines, à moins que la dyspnée ne soit très grande, la fièvre très forte, l'accès très long et très violent. Le *nombre des sangsues* varie de 2 à 10, suivant l'âge des enfants. Quant à la saignée, elle ne peut guère être pratiquée que chez les enfants de huit ans au moins. Généralement on pratique la *saignée du bras*; quelques auteurs néanmoins recommandent fortement la saignée de la jugulaire; nous citerons entre autres P. Frank (1) et le docteur Kerr; mais la supériorité de cette dernière est encore à démontrer.

5° *Topiques irritants, vésicatoire.* — Pour compléter le traitement adopté par les médecins qui se sont le plus occupés de cette maladie, je dois dire un mot des *révulsifs*. Ces moyens ne font pas partie du traitement de Guersant; mais M. Bretonneau use fréquemment du *vésicatoire*, qui a été préconisé par Rosen de Rosenstein (2), Vieusseux, Couch, etc. M. Rees (3) est le seul qui signale ce moyen comme funeste; mais il est loin d'appuyer cette assertion de preuves suffisantes, et d'ailleurs il est de ceux dont le diagnostic est le plus incertain.

L'utilité du vésicatoire une fois admise, on s'est demandé dans quel lieu il fallait l'appliquer. Les uns, Chambon (4), Vieusseux, etc., veulent qu'on le pose entre les épaules; mais le plus grand nombre recommandent de le mettre sur la région affectée elle-même, c'est-à-dire à la partie antérieure du cou. Si l'on avait déjà appliqué des sangsues sur ce point, il faudrait, suivant le précepte de Rosen, appliquer deux vésicatoires sur les parties latérales du cou, le plus près possible du larynx.

Rosen conseillait souvent, au lieu de vésicatoire, un cataplasme de *sénevé*, qui n'est autre chose qu'un sinapisme fait avec la moutarde sauvage ou la moutarde des champs. Voici comment il procédait :

CATAPLASME RUBÉFIANT DE ROSEN.

1° Mettez autour du cou un cataplasme émollient aiguisé d'un peu de *sénevé* (*sinapis arvensis*), et laissez-le jusqu'à ce que la peau rougisse et paraisse s'élever çà et là.

2° ℞ Feuilles de mauve .... 15 gram.

(1) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, t. II, p. 150.
(2) *Traité des maladies des enfants*, trad. de Lefebvre de Villebrune, p. 478.
(3) *On the species of convulsions* (*The Lancet*, 1830-31, vol. I, p. 579.
(4) *Des maladies des enfants* (Paris, an VII), t. I, *Du croup*.

Faites-les cuire en bouillie dans de l'eau simple, et ajoutez vers la fin de l'ébullition :

Sénevé écrasé .... 8 gram.

Appliquez le cataplasme ainsi composé sur le cou de l'enfant, et renouvelez-le lorsqu'il se refroidira.

On se demande si des applications chaudes, ainsi répétées, ne pourraient pas avoir un effet contraire à celui qu'on se propose, en déterminant une congestion dangereuse vers les organes déjà irrités. Rosen n'a nullement cherché à résoudre cette question.

6° *Résumé, ordonnances.* — Tel est le traitement qui a pour lui l'expérience la plus positive. Comme les moyens qui le composent ne sont pas applicables à tous les cas indifféremment, nous allons spécifier ces cas dans les ordonnances suivantes.

Ire Ordonnance.

Dans un cas d'une intensité ordinaire (peu de fièvre, intervalles des accès très calmes) :

1° Pour tisane : solution de sirop de gomme, ou bien infusion de fleurs de guimauve édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Infusion de fleurs de violette.	130 gram.	Sirop de pomme	30 gram.
Gomme arabique	5 gram.		

A prendre en cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures.

3° Si l'enfant est assez âgé (six ans et au-dessus), lui faire faire une fumigation vers la gorge avec une décoction de guimauve.

4° Tenir le ventre libre à l'aide d'un lavement émollient administré tous les jours.

5° Diète.

IIe Ordonnance.

Dans les cas où les symptômes auraient une très grande intensité :

1° Tisane, *ut suprà.*

2° *Chez les enfants d'un à trois ans* (1), deux sangsues à la région laryngée; arrêter le sang une heure après leur chute. — *Chez les enfants plus âgés*, augmenter le nombre des sangsues suivant l'âge et la force.

3° *Chez les enfants très jeunes*, administrer le sirop d'ipécacuanha par petites cuillerées jusqu'à effet vomitif. — *Après l'âge de deux ans :*

℞ Tartre stibié... 0,02 à 0,03 gram. | Eau............ un demi-verre.

A prendre en une ou deux fois. Favoriser le vomissement en faisant avaler, s'il est possible, de l'eau tiède. — *A un âge plus avancé*, on peut élever le tartre stibié à la dose de 0,05 à 0,10 grammes en plusieurs fois ; mais il est inutile d'en prescrire une plus grande quantité.

4° Un vésicatoire volant à la région du larynx.

(1) Quelques auteurs ont cité des cas de pseudo-croup survenus peu de jours après la naissance; en ce cas, il ne faudrait pas prescrire de sangsues, ou n'en prescrire qu'une seule.

5° Un lavement d'eau de guimauve avec addition de trois ou quatre cuillerées d'huile d'olive.

6° La fumigation comme dans le cas précédent.

7° Diète absolue; ne pas permettre à l'enfant de quitter le lit, le calme fût-il considérable.

Ces moyens sont ordinairement suffisants; mais si les symptômes persistaient, on aurait recours au traitement suivant :

IIIe Ordonnance.

Dans un cas semblable au précédent, chez un sujet de plus de six ans :

1° Même tisane.

2° Le vésicatoire, la fumigation, les sangsues.

3° Cataplasmes sinapisés aux mollets.

4° ℞ Huile de ricin........	ãã 25 gram.	Eau commune..............	170 gram.
Mucilage de gomme arab.			

Mettez le mélange dans un mortier de marbre, et triturez sans cesse, en ajoutant alternativement l'huile et l'eau par petites parties; puis versez peu à peu le reste de l'eau sur le mucilage émulsionné.

A prendre en deux fois, ou mieux en une, si c'est possible.

Les pilules purgatives suivantes peuvent être également prescrites.

℞ Jalap................	1 gram.	Sirop de sucre...............	Q. s.
Calomel.............	0,5 gram.		

F. s. a. dix pilules dont on fera prendre deux dans la journée.

5° ℞ Eau de laitue........	75 gram.	Sirop de sucre................	10 gram.
Sirop de pavot blanc	de 5 à 15 gram.		

A prendre par cuillerées.

6° Diète absolue, repos au lit.

Tels sont les moyens simples qui sont aujourd'hui le plus généralement employés contre une maladie plus alarmante que dangereuse. Voyons maintenant ceux que quelques auteurs ont le plus chaudement préconisés, en s'appuyant sur un certain nombre de faits. Et d'abord examinons ce qui a été dit du *sulfate de cuivre*, qu'on a presque donné comme un spécifique.

7° *Sulfate de cuivre.* — Ce n'est point sans doute contre la laryngite striduleuse proprement dite que le sulfate de cuivre a été préco[illegible] la plupart des auteurs, c'est contre le croup; mais quand on lit leurs observations, on s'aperçoit bientôt que la plupart des cas dans lesquels ce médicament a été administré et a [illegible]ppartiennent bien évidemment au faux croup. Si, par exemple, nous prenons les faits cités par le docteur Droste, médecin distingué d'Osnabrück, nous oyons que cet auteur a eu son attention fixée sur la présence de la fausse memrane, qui, selon lui, se détache en masse dans le premier vomissement qui suit administration du sulfate de cuivre; et cependant une seule de ses observations mention de l'expulsion de cette fausse membrane; dans les autres, il n'y en

avait pas de trace. Or, si l'on rapproche cette circonstance de la courte durée de la maladie, du peu de gravité des symptômes hors des accès et de l'issue constamment heureuse, on ne peut admettre l'existence du vrai croup.

Le sulfate de cuivre est un des médicaments qui, suivant Guersant, ne servent qu'à prolonger la maladie. Nous avouons que nous ne pouvons pas partager cette opinion; car les cas cités par M. Droste sont au contraire remarquables par la prompte disparition des accidents. Je crois que l'observation n'a pas encore dit son dernier mot sur l'action de cette substance, dont la spécificité ou la grande efficacité me paraît aussi peu démontrée que les inconvénients. Les docteurs Ley et Serlo (1) donnent les plus grands éloges au sulfate de cuivre. Voici la manière de diriger le traitement :

IVe Ordonnance.

TRAITEMENT PAR LE SULFATE DE CUIVRE, PROPOSÉ PAR MM. DROSTE ET SERLO.

1° Une application de sangsues (voy. les ordonn. précéd.).
2° Cataplasme chaud sur les piqûres des sangsues (Droste).
3° D'abord comme vomitif :

℞ Sulfate de cuivre.. 0,10 à 0,15 gram. | Sucre de lait............ 0,30 gram.

A prendre en une fois.

Quand le sulfate de cuivre aura produit son effet vomitif, continuez son administration, mais à la dose suivante :

℞ Sulfate de cuivre....... 0,20 gram. | Sucre de lait............... 2 gram.

Divisez en dix paquets, dont on fera prendre un toutes les deux heures.

M. Droste prescrit, avec ce traitement, un grand nombre d'autres médicaments qui viennent le compliquer, et qu'il est inutile de mentionner ici.

Sulfure de potasse. — C'est encore dans le traitement du croup qu'on fait entrer comme très efficace ce médicament actif. Mais en choisissant, parmi les cas cités, ceux qui ne sont évidemment que des laryngites striduleuses, on peut constater les effets de cette substance dans le pseudo-croup. Or on peut dire que ces faits ne prouvent nullement l'efficacité du sulfure de potassium. Ainsi, dans un cas rapporté par Lobstein et dans plusieurs autres cités par le docteur Lejeune (2), la maladie a une longue durée, et souvent, après l'administration du médicament, les symptômes se sont aggravés. Toutefois il faut dire que les expériences n'ont pas été assez multipliées. Voici la formule employée par le docteur Lejeune chez un enfant de dix-huit mois :

℞ Sulfure de potassium..... 1 gram. | Sirop de guimauve......... 90 gram.

Mêlez. Une cuillerée chaque demi-heure.

Chez les enfants plus âgés, on augmenterait la quantité de ce sirop : ainsi *à cinq ans, une cuillerée et demie* aux mêmes intervalles, et *à dix ans, deux cuillerées.* Mai

(1) *Journal de Hufeland*, janv. 1834.
(2) *Observ. sur le croup, tendant à prouver les avantages du sulfure de potasse* (*Journ. de méd.*, octobre 1812, t. XXV, p. 131).

il ne faut pas oublier que le foie de soufre est une substance dont on doit surveiller attentivement les effets.

Antispasmodiques. — Les accès d'étouffement ayant été souvent attribués à un spasme de la glotte, on comprend sans peine qu'on ait administré les antispasmodiques. Il est donc nécessaire d'en dire un mot.

En première ligne, il faut placer l'*asa fœtida*, qui était le médicament de prédilection de Millar. Voici comment ce praticien dirigeait le traitement :

V° Ordonnance.

TRAITEMENT DE MILLAR.

Chez un enfant d'un à deux ans :

1° ℞ Asa fœtida	8 gram.	Eau de pouliot	90 gram.
Acétate d'ammoniaque	30 gram.		

Faites une dissolution. A prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure.

2° Toutes les huit heures, administrer le lavement suivant :

℞ Asa fœtida	8 gram.	Huile d'olive	30 gram. (1).
Décoction simple	90 gram.		

Pour un lavement.

3° Eau de menthe poivrée	25 gram.	Sirop d'œillet	8 gram.
Quinquina en poudre très fine.	1,30 gram.		

Faites une potion.

Le quinquina n'était ajouté aux antispasmodiques que pour prévenir le retour des accès, auxquels Millar supposait une certaine périodicité.

On peut dire de ce traitement, comme des précédents, *que s'il n'a pas été nuisible*, du moins rien ne prouve d'une manière incontestable son efficacité réelle.

Le *camphre* a été fréquemment employé. Wolf l'unissait au carbonate d'ammoniaque de la manière suivante :

Mixture camphrée.

℞ Carbonate d'ammoniaque.	0,40 gram.	Mucilage de gomme	15 gram.
Camphre	0,25 gram.	Eau de sureau	90 gram.
Sirop de guimauve	13 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées toutes les heures.

Quelle est l'efficacité réelle de ce médicament ? C'est ce qu'il n'est pas possible de savoir, en l'absence de bonnes observations. Suivant Guersant, le camphre est utile, ainsi que l'asa fœtida, dans le *croup nerveux*. Mais existe-t-il un croup purement nerveux ? Encore des problèmes à résoudre.

Les moyens que nous avons indiqués sont loin d'être les seuls. Nous pourrions

(1) Millar n'ordonnait un lavement aussi peu copieux que pour qu'il pût être conservé.

en citer bien d'autres. Nous aurions à parler des *sels de zinc*, *de fer* (Elliotson); des *acides minéraux* (Ley); des *lotions froides* (Marsh); du *sulfate de quinine*, du *succinate d'ammoniaque* (Vieusseux), etc., etc.; mais quel avantage retirerait le praticien d'une plus longue énumération de ces remèdes toujours mal expérimentés, et dont les résultats réels nous sont nécessairement inconnus ?

Nous nous bornons à mentionner l'*opium*, employé par Vieusseux et Henderson, et qu'on peut mettre en usage comme adjuvant.

Nous terminerons en agitant une question qui se représente toujours lorsqu'il s'agit de ces affections aiguës du larynx qui, par leur violence, paraissent menacer incessamment les jours des malades. Doit-on employer la *trachéotomie* dans la laryngite striduleuse ? Ici il est évident qu'on ne peut pas établir de règle fixe. On a vu quelques cas se terminer par la mort. C'est au médecin à apprécier l'intensité des symptômes et l'imminence du danger. Si l'asphyxie était portée trop loin pour qu'on pût espérer une heureuse terminaison de l'accès, il faudrait appliquer la règle qui doit diriger la conduite du médecin dans ces affections du larynx : *pratiquer l'opération toutes les fois que la vie est évidemment en danger.*

Maintenant nous n'avons plus qu'à indiquer les précautions générales à prendre dans tous les cas de pseudo-croup.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES.

1° Débarrasser le cou de l'enfant de tous les liens qui pourraient le gêner.

2° Entretenir une température de 14 à 15 degrés centigrades dans la chambre. En rendre l'air humide en faisant vaporiser de l'eau.

3° Éviter les courants d'air.

4° Faire boire l'enfant aussi souvent que possible, pour tenir la gorge humide.

5° Le recouvrir avec soin lorsque les mouvements brusques de l'accès auront dérangé les couvertures.

6° Quel que soit le degré de calme dans les intervalles des accès, ne pas permettre aux enfants de s'exposer au grand air.

Tel est le traitement d'une maladie qui n'est pas encore assez généralement connue. On a vu que les moyens qui avaient pour eux l'expérience la plus solide et la plus éclairée étaient les moyens les plus simples; ce sont eux qui doivent donc être choisis d'abord par le praticien, à moins de circonstances exceptionnelles qu'il n'est pas permis de prévoir.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement [illegible] fondé sur un diagnostic certain et sur une observation exacte :* A. *Cas légers :* Adoucissants, émollients, laxatifs, cataplasmes irritants aux extrémités. B. *Cas graves* : Aux moyens précédents, ajoutez : Purgatifs plus actifs, vomitifs, sangsues, saignées, vésicatoire.

2° *Traitement vanté sans preuves suffisantes :* Sulfate de cuivre, sulfure de potassium, asa fœtida, camphre, sels de fer, de zinc, succinate d'ammoniaque, etc.

ARTICLE IV.

CROUP.

Depuis E. Home (1), on a publié sur cette terrible maladie un très grand nombre de travaux d'une importance majeure; mais il ne faut pas croire qu'avant la description donnée par l'auteur anglais, la maladie fût inconnue. Double (2) et M. Bretonneau (3) ont montré qu'avant lui Baillou, Rosen, Carnevale, Ghisi surtout, etc., l'avaient indiquée de manière qu'on ne pût la méconnaître. On peut même ajouter qu'à une époque reculée on avait déjà des notions sur cette affection laryngée, qui a fait périr un si grand nombre d'enfants; seulement, faute d'une observation complète, et surtout dans la privation où l'on était des lumières anatomo-pathologiques, on la confondait souvent avec la plupart des affections qui causent la mort par asphyxie. La description tracée par F. Home est infiniment supérieure à ce qui avait paru sur le même sujet; mais c'est à l'époque où s'ouvrit le grand concours institué par Napoléon, que l'histoire du croup prit un caractère éminemment scientifique. Les ouvrages de Schwilgué, Jurine, Albers, Double, Valentin, Vieusseux, ayant pour base des observations nombreuses et plus complètes que celles de leurs prédécesseurs, vinrent éclairer bien des points obscurs. Néanmoins il restait encore beaucoup à faire, comme l'a prouvé M. Bretonneau dans son remarquable *Traité de la diphthérite.* Cet ouvrage est venu jeter la plus vive lumière sur l'anatomie pathologique du croup, dont il a montré, encore mieux que ne l'avaient fait les recherches de Ghisi, Carnevale, Jonhston et Double, la liaison intime avec l'angine couenneuse. C'est surtout aux travaux de ce médecin et à ceux de Guersant, qui leur sont venus à l'appui, que nous devons le degré de précision auquel sont parvenues la pathologie et la thérapeutique de la laryngite pseudo-membraneuse.

Il serait contraire au plan de cet ouvrage de nous étendre davantage sur l'historique de cette affection. Il en existe un fort étendu et fort bien présenté dans l'ouvrage de Double (4), que le lecteur consultera avec fruit, s'il désire avoir un aperçu critique des principaux travaux sur cet intéressant sujet. Valentin (5) et M. Bretonneau lui fourniront aussi des renseignements très précieux.

[Depuis vingt ans M. Trousseau a, dans ses livres, dans les thèses d'un grand nombre de ses élèves, dans les *Archives de médecine* et différentes publications périodiques, formé et dirigé l'opinion des médecins sur cette grave question. C'est au zèle infatigable et à la pratique brillante de M. Trousseau que les médecins français sont redevables de la supériorité marquée qu'ils ont aujourd'hui sur les étrangers dans la connaissance et dans le traitement de cette terrible maladie. C'est à MM. Bretonneau et Trousseau que revient l'honneur d'avoir proposé et appliqué les premiers la trachéotomie au traitement du croup (6).

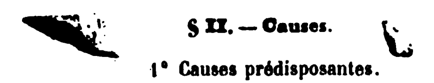
(1) *Rech. sur la nature, les causes et le trait. du croup*, trad. de F. Ruette. Paris, 1809.
(2) *Traité du croup*. Paris, 1811.
(3) *Des inflam. spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphthérite*. Paris, 1826.
(4) *Loc. cit.*, p. 151.
(5) *Recherches sur le croup*. Paris, 1812, in-8.
(6) La récente discussion dans le sein de l'Académie de médecine, à laquelle ont pris part MM. Trousseau, Bouvier, Piorry, Malgaigne, Blache, Bouillaud, Delafond, Barth, etc., fournira sur ce point les renseignements les plus intéressants. (*Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 1858, t. XXIV, p. 99 à 420.)

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Définir le croup « *une laryngite* », c'est oublier que le plus souvent la maladie n'atteint pas le larynx seul, mais s'étend aux amygdales, à l'isthme du gosier, aux fosses nasales, et quelquefois à la trachée et aux bronches elles-mêmes; par conséquent, il n'est pas permis de dire que le croup soit une laryngite seulement. Il est vrai que la suffocation a lieu surtout parce que le larynx est obstrué, et que la diphthérite laryngée est la plus redoutable de toutes; mais elle ne saurait être considérée isolément. En outre, il convient de ne point appeler *laryngite* ou *inflammation du larynx* cet état morbide qui consiste dans l'apparition de fausses membranes, et n'a rien de commun avec les phlegmasies proprement dites. Il faut reconnaître dans la diphthérite, qu'elle siége au larynx ou ailleurs, une affection spécifique susceptible de se montrer en plusieurs points à la fois, en des régions éloignées les unes des autres, et transmissible par contagion.

On a désigné cette maladie sous les noms suivants : *croup*, nom employé par E. Home, et conservé par la plupart des médecins français; *angina suffocatoria, membranacea*, *polyposa*, *cancrosa; cynanche trachealis, stridula; tracheitis infantum; angine laryngée*, *membraneuse; pharyngo-laryngite couenneuse, diphthérite trachéale*, *angine trachéale diphthéritique*.

Le croup paraît avoir été connu de toute antiquité. Les travaux de M. Bretonneau nous montrent la diphthérite importée dans la Grèce par une nombreuse succession de colonies égyptiennes, et y recevant le nom de *mal égyptiac*. Dix siècles plus tard, Arétée décrit la même maladie. En 1809, une épidémie de diphthérite s'étend sur la France; des prix sont proposés par le gouvernement aux meilleurs mémoires sur le croup: c'est de cette époque que datent les travaux de M. Bretonneau. Ce n'est que dans ces dernières années qu'une statistique régulière des cas de croup a pu être établie. A Londres, à New-York et dans la plupart des grandes villes, un grand nombre d'enfants succombent tous les ans à cette maladie. Il ne faut pas oublier qu'elle règne parfois épidémiquement, et que d'autres fois on n'en trouve que des cas isolés. M. Bouchut, dans un récent travail sur le croup, nous donne les chiffres suivants de la mortalité par le croup à Paris : en 1826, 282 morts; en 1839, 287; de 1827 à 1838, la mortalité est de 100; en 1847, 740 morts; de 1848 à 1853, il y a eu 400 morts par an; en 1858, la mortalité a dépassé 700. Ainsi, on peut dire que le croup se montre fréquemment à Paris et dans plusieurs grandes villes. On a vu des épidémies de croup régner dans des villages, et s'étendre à toute une province.]



§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Tout le monde convient, comme le fait remarquer M. Double (1), que l'*âge* auquel les enfants sont le plus fréquemment atteints de la maladie commence à la cessation de l'allaitement, et continue jusqu'à la puberté; néanmoins on a vu des

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, t. XXIII, p. 1160, 1180; t. XXIV, p. 99 et suiv.

enfants à la mamelle attaqués du croup. Les exemples cités par M. Bretonneau (1) sont incontestables; Billard (2) admet plutôt la possibilité de cette maladie chez les enfants très jeunes qu'il n'en affirme l'existence. D'un autre côté, les exemples de croup chez l'adulte ne sont pas rares aujourd'hui. Plusieurs auteurs, parmi lesquels je citerai principalement MM. Louis, Heurteloup (3) et Charcellay (4), en ont recueilli de fort intéressantes observations. J. Frank a rassemblé un certain nombre de cas de croup observés chez des vieillards, et M. Louis en rapporte un qui a été présenté par une femme âgée de soixante-douze ans (5). On peut donc dire, d'une manière générale, que le croup peut affecter tous les âges, mais que son maximum de fréquence a lieu entre deux et sept ans. De huit sujets observés par M. Hache, dans l'année 1835, six avaient de deux à cinq ans, et les deux autres étaient âgés de huit et de douze ans.

Dans un mémoire intéressant publié par M. le docteur Vauthier (6), et pour lequel un nombre assez considérable d'observations a été rassemblé, on voit que le croup a sévi principalement vers l'âge de deux ans (20 cas sur 33), et qu'il a été fréquent ensuite de deux à cinq ans, puis d'un à deux ans.

Dans 7 cas observés par M. Rufz (7), l'âge a varié de deux à sept ans.

Les recherches de MM. Barthez et Rilliez (8) viennent confirmer ces résultats, en sorte qu'on peut dire d'une manière générale que le croup est surtout à craindre de deux à cinq ou six ans.

[M. Millard, dans son excellente thèse sur le croup (9), donne la statistique de 124 cas de croup opérés à l'hôpital des Enfants à Paris, du 1er janvier 1857 au 1er juillet 1858. Sur ces 124 cas on compte 20 enfants de deux ans et 36 de trois ans, 19 de quatre ans, 20 de cinq ans; il y a décroissance marquée jusqu'à l'âge de onze ans, où l'on ne compte plus que 2 cas. C'est surtout dans les épidémies que l'on voit les adultes être atteints de croup.]

On se rappelle ce que j'ai dit, relativement à l'influence du *sexe*, à l'article *Pseudo-croup*, je ne le répéterai pas ici. Je me bornerai à faire remarquer que les individus du sexe masculin ont été plus souvent affectés que ceux du sexe féminin ; mais à ce sujet l'observation a beaucoup à faire, aujourd'hui que le diagnostic est bien établi. Il ne faut pas surtout conclure d'après un trop petit nombre de faits, car les proportions peuvent varier beaucoup d'une année à l'autre : c'est ainsi que M. Vauthier (10) a vu, en 1846, le nombre des garçons double de celui des filles, tandis que dans l'année 1847, le nombre des filles a été triple de celui des garçons.

(1) *Loc. cit.*, p. 36.
(2) *Traité des maladies des enfants*, 2e édit., p. 504.
(3) *Observ. de croup chez l'adulte*, thèse. Paris, 1822.
(4) *Gazette médicale*, t. VII, 1839.
(5) *Du croup chez l'adulte* (*Mém. et rech. anat.-path.*, Paris, 1826).
(6) *Essai sur le croup chez les enfants. — Hist. de deux épidémies observées à l'hôpital des Enfants en 1846 et 1847* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1848, t. XVII, p. 5, 181 ; t. XIX, p. 5, 156).
(7) *Gazette médicale de Paris*, 1843.
(8) *Traité clin. et prat. des malad. des enfants*, 2e édit., Paris, 1854, art. *Laryngite pseudo-membraneuse*.
(9) *De la trachéotomie dans le cas de croup*, observations recueillies à l'hôpital des Enfants malades. Paris, 1858, p. 55 et 56.
(10) *Loc. cit.*

Quelques auteurs ont établi que le croup était *héréditaire;* mais sur quels faits est fondée cette assertion ?

Une *constitution faible*, altérée par des maladies antérieures ou par de nombreuses privations, le *tempérament lymphatique*, ont été regardés comme prédisposant au croup. Ce qui donne quelque vraisemblance à cette proposition, c'est que : 1° ainsi que le font remarquer Guersant et M. Blache (1), les enfants pauvres et mal soignés y sont plus sujets que les enfants placés dans de meilleures conditions; et 2° que cette maladie n'attaque guère que les adultes débilités par une autre affection. Toutefois il faut se garder de croire que les enfants d'une constitution robuste en soient exempts : sur 8 enfants observés par M. Hache, 7 étaient d'une forte constitution et d'un embonpoint notable. C'est aussi ce qu'a observé M. Vauthier (*loc. cit.*), qui a trouvé les enfants généralement forts.

On a dit que le croup se développait dans toutes les *saisons*, ce qui est vrai; mais toutes les saisons ne paraissent pas également favorables à son développement. Les principales épidémies ont apparu en automne et au printemps; et si nous examinons 49 observations prises indifféremment dans les auteurs, nous trouvons les cas ainsi répartis suivant les saisons : au printemps, 19 ; en été, 8 ; en automne, 13 ; en hiver, 9. Je ne donne au reste ces chiffres, fort insuffisants, que comme une indication qui demande à être confirmée. Les épidémies observées par M. Vauthier se sont montrées au printemps et au commencement de l'été.

Nous ne savons rien de bien positif sur l'influence des *climats;* on a vu plus haut ce que j'en ai dit : c'est à peu près tout ce qu'on peut en dire. Il faudrait, pour déterminer cette influence, des études qui n'ont pas été faites. On admet généralement que le croup sévit principalement dans les climats froids et humides.

On voit quelquefois le croup se développer dans le cours d'une autre maladie, et surtout de la rougeole et de la scarlatine. L'épidémie de croup observée à l'hôpital des Enfants par E. Boudet, qui nous en a donné une fort bonne description (2), a été surtout remarquable par cette apparition de la laryngite pseudomembraneuse dans le cours d'un exanthème, et lorsque les fièvres exanthémateuses existaient en grand nombre. On l'a vue aussi succéder à des épidémies de ces exanthèmes ; et s'il est vrai de dire que quelques auteurs ont donné, comme des exemples de croup, des angines morbilleuses et scarlatineuses qui n'en avaient pas le caractère, il n'en faut pas conclure qu'il en a toujours été ainsi, car l'existence de la fausse membrane caractéristique est venue souvent lever tous les doutes.

Dans ces derniers temps (1858-1859), s'est agitée dans la Société médicale des hôpitaux de Paris, la question du croup accompagnant ou suivant les éruptions. La discussion élevée au sein de cette société a montré combien était fréquente l'angine diphthéritique scarlatineuse.

L'angine diphthéritique scarlatineuse peut régner épidémiquement ; parmi les auteurs modernes il en est un grand nombre qui ont décrit le croup épidémique. Nous citerons entre autres les épidémies observées par M. Bretonneau à Tours, par M. Ferrand à la Chapelle-Vérange, par M. Hastron (3) dans la petite ville de Couché (Vienne), par M. Trousseau dans la Sologne, par M. Herpin à Tours.

(1) *Dictionnaire de méd.* en 30 volumes, t. IX, art. CROUP.

(2) *Du croup et du pseudo-croup* (*Arch. gén. de méd.*, t. XVII).

(3) Thèse. Paris, 1828.

M. Ferrand (1) a vu dans une localité très peu étendue, et dans le cours d'environ six mois, *soixante* cas d'angine croupale qui furent *tous funestes*. Cette épidémie succéda, dit l'auteur, à une épidémie de scarlatine, pendant laquelle les enfants furent mal soignés.

Parlerai-je maintenant des autres causes prédisposantes qu'on a assignées au croup, du *vice scrofuleux*, de la tendance qu'ont les enfants à contracter des *affections catarrhales des voies respiratoires*, etc., etc. ? Mais si j'ai eu tant de peine à trouver quelque chose de positif dans les observations, qu'obtiendrai-je de l'examen de quelques assertions sans preuves ? Ce serait répéter sans profit ce qui a été dit partout sans nécessité. Cependant je dois dire que, dans les cas recueillis par M. Vauthier, il y en a un bon nombre qui ont été remarquables par les *rhumes antérieurs ;* on en a observé quelques cas chez des phthisiques.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont bien plus obscures encore que les causes prédisposantes; aussi les auteurs en ont-ils à peine fait mention. Celle que l'on admet le plus généralement est l'impression du *froid*, et surtout du froid humide ; mais nous sommes encore bien loin d'avoir des preuves suffisantes du fait. Voici à ce sujet ce que nous apprennent les observations : sur 26 cas pris au hasard, six fois seulement les sujets s'étaient exposés, soit à la pluie, soit à un courant d'air, ou bien ils avaient passé la nuit la fenêtre ouverte ; les autres n'avaient été nullement exposés au froid.

Ceux qui regardent le croup comme une simple laryngite acquérant une intensité insolite ont nécessairement attribué à la maladie *toutes les causes occasionnelles de la laryngite simple*. Mais peut-on admettre cette théorie ? Non évidemment, comme je le ferai voir à l'occasion du *diagnostic*. Il est donc inutile de mentionner les causes de la laryngite simple.

A ce propos, je dois dire qu'on a fait des expériences sur les animaux, pour chercher à découvrir le mode de production de la fausse membrane croupale. A l'aide de substances irritantes : chlore gazeux, acides, huile cantharidée (Bretonneau), etc., on a produit, comme on peut le voir dans les ouvrages de MM. Double, Bretonneau, Blaud, etc., tantôt une inflammation très grande du larynx, de la trachée et des bronches, sans fausse membrane, tantôt une véritable pellicule recouvrant la cavité laryngienne, mais rarement une inflammation aussi vive et des symptômes généraux aussi intenses que ceux qu'on observe dans le croup. On a vu quelquefois chez les animaux une maladie analogue à celle que je décris (2).

[La *contagion* du croup a beaucoup occupé les auteurs ; il s'en est suivi nécessairement que deux camps se sont formés et qu'il a existé des contagionnistes et des non-contagionnistes. Aujourd'hui il a été démontré jusqu'à l'évidence, un si grand nombre de fois, que le croup était contagieux, que la contagion n'est plus niée dans aucun écrit contemporain. M. Bretonneau a longtemps soutenu que le croup était contagieux, avant de voir son opinion triompher. « Fortuitement, dit cet auteur, on rencontre telle inoculation flagrante de la diphthérite où le mode de

(1) Thèse, Paris, 1827.
(2) Ghisi, *Lettere mediche*, et Double, *Traité du croup*.

transmission est devenu d'une si nette évidence, qu'on voit cette inoculation s'effectuer comme on voit s'effectuer avec une lancette celle de la syphilis et de la variole. » La diphthérite pharyngée peut donner lieu à la diphthérite laryngée, et réciproquement. Cette notion de la contagion du croup a une importance considérable ; elle conduit le médecin à séquestrer, à isoler les personnes atteintes de cette maladie, à éloigner les enfants qui vivent sous le même toit ou dans le voisinage, et à prendre pour eux et pour les personnes qui assistent les malades certaines précautions, certains soins minutieux de propreté qui ne seront point considérés comme des marques de pusillanimité, lorsqu'on saura qu'un certain nombre de médecins victimes de leur dévouement ont succombé au croup qui leur avait été communiqué par leurs malades.]

§ III. — Symptômes.

Les *symptômes* sont un peu différents, suivant qu'on étudie la laryngite pseudo-membraneuse chez l'enfant ou chez l'adulte. Il faut donc, de toute nécessité, avoir égard aux modifications que l'âge des sujets apporte dans les phénomènes morbides ; d'où il suit qu'on ne peut pas faire une description générale applicable à tous les cas. Pour obvier à cet inconvénient, je me bornerai à étudier d'abord le croup chez les enfants, et quand j'aurai tracé le tableau de la maladie à cet âge où l'on peut dire qu'on trouve le type de la laryngite pseudo-membraneuse, je ferai connaître quelques particularités que présentent les adultes, ce qui m'épargnera de nombreuses répétitions, et jettera plus de clarté sur cet article.

1° *Croup chez l'enfant.* — On peut dire que les symptômes de cette maladie ont attiré l'attention d'une manière toute spéciale ; aussi en avons-nous un grand nombre de descriptions très soignées et très complètes. Toutefois on ne peut pas se servir indifféremment de toutes ces descriptions, et la raison en est encore dans la confusion qui s'est inévitablement glissée dans le diagnostic, avant que l'on ait été bien convaincu que le nom de *croup* devait être donné uniquement à une laryngite caractérisée par la production d'une fausse membrane. Ce n'est pas à dire pour cela qu'on ne puisse se servir des travaux publiés avant ces dernières années ; mais on ne doit le faire que pour les points où il ne peut pas y avoir eu confusion de deux maladies distinctes.

Début. — Un grand nombre d'auteurs ont attribué à la maladie des *prodromes* très variés. Quand on examine les observations, on voit que ces prétendus prodromes ne sont autre chose que les symptômes de diverses maladies préexistantes, telles que la rougeole, la scarlatine, le catarrhe pulmonaire. Aussi Jurine (1) admet-il un croup annoncé par des symptômes équivoques et qui, selon lui, commence par la trachée. Tout [illegible] croire que ces symptômes équivoques sont ceux des maladies que je viens d'indiquer. Aujourd'hui on admet avec raison que ces maladies n'ont d'autre rapport avec la laryngite pseudo-membraneuse que de favoriser son développement par l'état particulier dans lequel elles mettent le sujet, et qu'on ne peut pas les regarder comme prodromes, puisqu'elles ne précèdent l'invasion de la maladie nouvelle que dans quelques cas particuliers.

(1) Voy. *Rapport* de Royer-Collard, dans le *Précis analytique du croup* de M. Bricheteau, p. 18 et 208.

Plusieurs auteurs, avec Borsieri et M. Double, ont placé l'*épistaxis* au nombre des symptômes précurseurs du croup.

Quant au *coryza* et au *mal de gorge*, qu'on a maintes fois observés, et que plusieurs ont également regardés comme des prodrômes, il y a une objection tout opposée à faire. Les observateurs qui ont, dans ces derniers temps, pu suivre la marche de la laryngite pseudo-membraneuse sans être distraits par des cas plus ou moins nombreux de laryngite striduleuse, ont vu que le plus souvent il y avait, au début, des signes d'inflammation dans le pharynx et les fosses nasales; mais ce ne sont pas là de simples prodromes, ce sont de véritables symptômes du *début* qui persistent ensuite et même prennent de l'accroissement dans le cours de la maladie.

D'après tous les auteurs, le *début* diffère suivant que la laryngite pseudo-membraneuse commence par une inflammation spécifique du pharynx et de la trachée, et qu'elle envahit d'emblée le larynx.

Dans le *premier cas*, qui est le plus fréquent, on voit survenir les symptômes suivants : des *frissons* légers se renouvellent à plusieurs reprises, ainsi que l'a constaté Guersant; puis se déclarent une fièvre plus ou moins intense et une *céphalalgie* notée dans plus de la moitié des observations que j'ai sous les yeux.

Bientôt survient le *mal de gorge*, qui, dans la majorité des cas, est supportable, mais qui, chez deux sujets dont je lis l'histoire, fut très violent dès le début.

Cette douleur de gorge, qui gêne souvent la déglutition, s'accompagne, lorsqu'elle a un peu d'intensité, d'un phénomène qu'il est important de constater : c'est *un gonflement notable et ordinairement douloureux des ganglions sous-maxillaires*. Ce symptôme, qui n'appartient pas en propre à la maladie, a cependant une grande valeur, parce qu'il fait connaître le degré d'intensité de l'inflammation du pharynx.

Si l'enfant est assez âgé, il *expectore* une assez grande quantité de mucus qu'il détache fréquemment de l'arrière-gorge, dans ses efforts pour se débarrasser de la sensation pénible qu'il éprouve.

Si l'on *explore* l'arrière-gorge, on voit une rougeur vive et un gonflement notable des amygdales et souvent de petites plaques blanches, irrégulières, sans saillie bien marquée, sur le voile du palais, la luette et surtout les tonsilles. Ce sont là des altérations sur lesquelles les auteurs avaient légèrement glissé avant M. Bretonneau, et qui, par leur importance, ainsi que l'a démontré ce savant praticien, doivent au contraire attirer l'attention de l'observateur d'une manière toute spéciale. Van Bergen (1) est peut-être, de tous les auteurs antérieurs, celui qui a noté avec le plus de soin le coryza et le gonflement de la gorge précurseurs du croup; mais il n'a pas suffisamment insisté.

Dans un nombre moins considérable de cas, des symptômes analogues se manifestent dans les fosses nasales. On observe les signes d'un coryza ordinairement peu intense, mais qui se fait distinguer par un léger suintement séreux, jaunâtre et fétide, observé par M. Bretonneau et Guersant. Très souvent ces symptômes sont dus à la production d'une fausse membrane semblable à celle du pharynx.

En même temps que l'on constate ces phénomènes, on observe de l'abattement,

(1) *Nova Acta phys. med. Acad. Cæsar.*, t. II. Norimb., 1761.

de la lassitude, une agitation marquée la nuit, et ordinairement de l'insomnie; l'appétit est perdu, la soif est vive; il y a parfois des vomissements; le pouls est élevé et fréquent, la peau chaude. Dans quelques cas aussi, une petite toux sèche, l'accélération de la respiration, l'enrouement, viennent prouver que si le larynx n'est pas encore envahi par la fausse membrane, il participe déjà au gonflement inflammatoire des parties voisines.

Dans le *deuxième cas*, c'est-à-dire lorsque la maladie envahit la trachée avant le larynx, que se passe-t-il? C'est une question à laquelle il est difficile de répondre, attendu que les observations sont insuffisantes sur ce point. Voici les caractères assignés par Jurine (1) au croup qui débute de cette manière :

« 1° Invasion annoncée par des symptômes équivoques qu'on pourrait rapporter à d'autres maladies, surtout aux affections catarrhales. 2° Les symptômes ont une marche moins rapide que dans le croup du larynx. 3° Les accidents spasmodiques sont moins prononcés dans le début de la maladie. 4° Les rémittences des accès sont plus longues et quelquefois se changent en intermittences. 5° La sensation douloureuse de la trachée et du larynx se fait rarement percevoir par la pression. 6° Si la terminaison est fatale, la mort arrive moins promptement. »

Ces signes sont fort vagues, car ils ne sont fondés que sur des différences de durée et d'intensité qui se remarquent dans les cas les plus divers. D'après quelques faits observés par Boudet (*loc. cit.*), l'intégrité de la voix conservée pendant plusieurs jours, les autres symptômes du croup existant à un degré plus ou moins élevé, serait le seul signe du début par la trachée.

Lorsque la laryngite pseudo-membraneuse *envahit d'emblée le larynx*, les symptômes sont promptement effrayants; en peu de temps on voit survenir la suffocation, l'anxiété, les signes d'asphyxie dont il va être bientôt parlé.

Quelquefois la maladie attaque en même temps le pharynx, le larynx et même la trachée : alors tous les symptômes qui viennent d'être indiqués se développent presque simultanément, et la maladie fait en peu d'instants des progrès très alarmants.

Symptômes du croup confirmé. — Que l'affection ait débuté par le pharynx ou par la trachée, ou bien que le larynx ait été primitivement envahi, dès que ce dernier organe devient le siége de l'inflammation spéciale, les symptômes suivants se déclarent :

La *douleur* éprouvée dans le larynx n'est jamais très considérable, du moins les enfants ne s'en plaignent que faiblement; ils se plaignent bien plutôt d'une grande gêne vers la région de cet organe, où parfois ils portent les mains comme pour en arracher un corps étranger. M. Couch (2) a vu même un enfant se déchirer avec les ongles la peau de la partie antérieure du cou.

La *voix* s'altère profondément : elle n'était que sourde et enrouée avant que le larynx fût entrepris; maintenant elle est basse, étouffée, pénible, et finit bientôt par se perdre complétement. Ce n'est pas là la description de la voix croupale telle qu'on la trouve dans beaucoup d'histoires générales du croup. On ne doit pas en être surpris, si l'on se rappelle qu'avant ces derniers temps on n'établissait pas de différence

(1) *Précis analytique* de M. Bricheteau, notes, p. 208.
(2) *Observ. on croup* (*Annals of med.*, vol. I, 1817).

marquée entre la laryngite pseudo-membraneuse et la laryngite striduleuse, et que, sous le nom de *voix croupale*, *chant de coq*, etc., on désignait principalement le timbre de la voix observé dans la dernière de ces deux affections. On en est convaincu quand on parcourt les travaux de MM. Bretonneau, Guersant, Gendron (1). C'est là un point que le médecin ne doit pas perdre de vue, car il est important pour le diagnostic. MM. Barthez et Rilliet (*loc. cit.*, p. 326) font remarquer que parfois l'expulsion des fausses membranes restitue momentanément à la voix son timbre normal.

La *toux* devient fréquente, déchirée, douloureuse. Son timbre a quelque chose de particulier à la maladie, mais toutefois dans des limites assez variables, en sorte qu'on a cherché en vain à lui trouver un terme de comparaison unique. Les bons auteurs ont blâmé avec raison toutes les comparaisons de ce genre. La *toux croupale* est rauque, sourde, creuse, suivant l'expression de M. Bricheteau (*loc. cit.*, p. 315), comme rentrant dans le larynx, ainsi que l'a noté Guersant. Ce qu'il y a de remarquable dans cette toux, c'est le sifflement quelquefois très fort qui suit chaque secousse. J'y reviendrai à propos de la respiration. Dans un cas cité par M. Hache (*loc. cit.*), la toux a complétement manqué ; on peut regarder ce cas comme tout à fait exceptionnel. Il résulte des observations de M. Vauthier, et contrairement à l'opinion générale, que, lorsque la maladie a atteint son summum, la voix rauque, caverneuse, ne persiste pas, mais est remplacée par une *toux éteinte* comme la voix.

La *gêne* de la respiration est des plus notables. Les malades soulèvent fortement les parois thoraciques pour faire pénétrer l'air dans les poumons ; les narines se dilatent, et les efforts parvenant à surmonter l'obstacle que présente l'obstruction de la glotte, l'air se précipite dans le larynx, en donnant lieu à un *sifflement* marqué, plus intense après chaque secousse de toux, et surtout après les quintes. L'expiration, au contraire, est assez libre, et a lieu sans bruit, ou est simplement ronflante lorsque l'enfant ne tousse pas. On a attribué cette différence entre l'inspiration et l'expiration à ce que, dans la première, les bords de la glotte ont de la tendance à se porter l'un vers l'autre, et qu'ils s'éloignent, au contraire, dans la seconde. La lenteur de l'expiration n'y serait-elle pas aussi pour quelque chose ? Cela est d'autant plus probable, que ce temps de la respiration est, comme on va le voir, *prolongé* dans la laryngite pseudo-membraneuse. M. Hache, ayant compté le nombre des inspirations chez ses malades, a trouvé qu'il variait de 16 à 48 ; généralement, suivant cet auteur, la respiration est moins accélérée que dans la pneumonie ; néanmoins elle est courte, brusque et souvent pleine d'anxiété.

A l'*auscultation*, on a de la peine à distinguer le bruit vésiculaire, qui très souvent est entièrement masqué par le sifflement inspiratoire. Quand on l'entend, on le trouve faible dans toute la poitrine. M. Vauthier a entendu un *bruit de scie* pendant l'inspiration. MM. Gendron et Hache ont noté un *prolongement* de l'expiration. Ce second temps de la respiration était égal au premier. M. Gendron insiste avec raison sur ce signe, qui annonce que la pseudo-membrane envahit le larynx, ce qui n'avait pas jusqu'à lui fixé suffisamment l'attention. M. Vauthier a trouvé l'inspiration longue et l'expiration soufflante. Ce médecin a constaté que, lorsque

(1) *Journal des connaissances méd.-chir.*, n° 5, novembre 1835.

l'affection a atteint son plus grand développement, l'auscultation peut, à certains moments, compromettre l'existence, ce qui doit rendre le médecin très réservé. Quant à l'extension de la fausse membrane aux bronches, cet auteur dit formellement que jamais ni MM. Blache, Vigla et Roger, ni lui, n'ont pu la reconnaître à l'aide de l'auscultation. MM. Barthez et Rilliet n'ont pas été plus heureux.

L'*expectoration*, au commencement de la maladie, est nulle ou composée de crachats blancs légèrement aérés, évidemment muqueux ; plus tard, dans un certain nombre de cas, il y a rejet de mucosités filantes, visqueuses, abondantes ; rarement la matière de l'expectoration a un aspect puriforme ; mais c'est la présence ou l'absence de *fausses membranes* au milieu des matières rendues qui est le signe le plus important pour le diagnostic, puisqu'il est positif. Néanmoins sa non-existence ne prouve nullement que le vrai croup n'existe point ; car, sur 51 cas dans lesquels les symptômes furent observés très attentivement, 26 fois l'autopsie démontra la présence de la fausse membrane, sans qu'on pût en découvrir des traces dans les produits de l'expectoration et du vomissement. Je pense que chez un certain nombre de ces sujets le rejet de quelques lambeaux pseudo-membraneux a eu lieu sans être constaté ; mais il doit en rester toujours un assez bon nombre où les choses se sont différemment passées.

Tantôt les fausses membranes rendues sont *tubulées*, et offrent plus ou moins la conformation de la partie supérieure des voies aériennes ; tantôt elles consistent en lambeaux assez volumineux, épais, blancs ou légèrement striés de sang, qui ont de la tendance à s'enrouler ; tantôt enfin, ce sont des fragments irréguliers peu considérables, que leur ténacité fait surtout distinguer. Chez les enfants les plus âgés, c'est quelquefois par les seuls efforts de la toux que la pseudo-membrane est détachée et rejetée ; mais le plus souvent il s'y joint des vomissements provoqués, soit par les efforts de la toux elle-même, soit par la sensation déterminée sur le pharynx par la production morbide, soit enfin par les vomitifs administrés dans un but curatif.

Je dois rapprocher de tous ces symptômes locaux le *gonflement des ganglions lymphatiques du cou*, sur lequel M. Bretonneau a insisté avec tant de raison. On voit apparaître sous la mâchoire inférieure, et surtout au-dessous de son angle, soit dès le début, soit lorsque les autres symptômes ont déjà acquis une certaine intensité, une tumeur plus ou moins étendue, résistante, sensible à la pression, et dans laquelle on reconnaît facilement l'engorgement des ganglions. Mais ce gonflement appartient-il en propre à la laryngite pseudo-membraneuse? Non, sans doute, car il se montre principalement lorsque le pharynx est envahi par la concrétion morbide. On peut même supposer que les cas où il n'a pas été observé étaient des cas de croup survenu d'emblée, c'est-à-dire de laryngite pseudo-membraneuse ayant débuté par le larynx ; mais l'observation n'a pas encore mis le fait hors de doute. Quoi qu'il en soit, comme dans la majorité des cas l'inflammation diphthéritique envahit d'abord le larynx, on peut placer le gonflement douloureux des ganglions du cou parmi les symptômes du début du croup. Cependant il est certain que dans quelques épidémies ce gonflement des ganglions ne se montre que rarement, car M. Vauthier ne l'a observé qu'une seule fois sur 37 cas. M. Rufz, au contraire, l'a observé constamment.

Accès du croup. — Jusqu'à présent j'ai parlé de tous ces symptômes sans avoi

égard aux diverses modifications de forme et d'intensité qu'ils peuvent avoir dans le cours de la maladie ; il s'agissait d'abord de les bien connaître. Voyons maintenant ce qui se passe dans ces *exacerbations* violentes qui se manifestent, dans presque tous les cas, à des intervalles variables, et qui constituent les *accès du croup*. Tout à coup, et le plus souvent sans cause connue, la gêne de la respiration et l'oppression augmentent considérablement ; la voix et la toux prennent au plus haut degré les caractères déjà indiqués ; le sifflement inspiratoire est entendu au loin ; une vive anxiété se manifeste. C'est alors que l'enfant porte la main à son cou, comme pour en arracher le corps étranger qui le suffoque, qu'il se met brusquement sur son séant, qu'il porte sa tête en arrière pour faciliter les mouvements inspiratoires, et qu'il présente les symptômes effrayants d'une asphyxie imminente. Il n'est pas rare de voir l'accès, qui quelquefois a duré d'une demi-heure à plusieurs heures, se terminer par l'expectoration d'un tube pseudo-membraneux, de quelques débris couenneux, ou simplement de mucosités visqueuses, épaisses et filantes. Après l'accès, l'enfant épuisé reste plongé dans l'abattement ou la somnolence, et tous les symptômes décrits plus haut persistent, quoique avec moins d'intensité.

On admet généralement que la *face*, bouffie et violacée pendant les accès, est pâle dans les temps de calme ; c'est en effet ce qui a lieu dans la grande majorité des cas. Cependant je trouve, dans deux observations, la face d'une pâleur remarquable pendant toute la durée de la maladie ; ce sont là des cas exceptionnels. Pendant l'accès, les lèvres deviennent livides ; les yeux, brillants et hagards, expriment une frayeur profonde, tandis que, pendant le calme, les lèvres sont pâles et les yeux abattus.

C'est aussi pendant la plus grande violence des accès qu'on observe l'*agitation convulsive* de quelques enfants. Les membres se roidissent ; quelquefois le malade s'élance de son lit, croyant trouver l'air qui lui manque, ou bien il saisit un corps solide, pour favoriser ses grands efforts inspiratoires.

La *fièvre*, si importante à étudier dans cette affection, accompagne tous ces symptômes dès leur apparition, et fait ensuite des progrès rapides. La *peau*, chaude, sèche hors le temps des accès, se couvre très souvent, pendant leur durée, d'une sueur plus ou moins abondante. Le *pouls* est accéléré, dur, résistant. MM. Hache et Vauthier l'ont vu s'élever à 160 pulsations, et Caillau (1) à 180. Pendant les accès, il peut être plus accéléré encore ; mais souvent alors il devient petit, serré, difficile à saisir. Quelques auteurs, et en particulier Desessartz (2), ont dit que dans certains cas le pouls revenait à l'état normal entre les accès. Mais en lisant avec attention leurs écrits, on ne tarde pas à être convaincu que les cas dont ils parlent appartenaient à la laryngite striduleuse.

Le mouvement fébrile a, dans la laryngite pseudo-membraneuse, des exacerbations plus ou moins marquées, mais il se manifeste par des symptômes évidents dans tout le cours de la maladie.

L'*état des fonctions digestives* a été assez peu étudié, l'attention des observateurs étant absorbée par les symptômes principaux. Caillau (*loc. cit.*, p. 25) dit que la langue est rouge sur les bords, la soif modérée chez quelques sujets et

(1) *Mémoire sur le croup*. Bordeaux, 1812, p. 22.
(2) *Mémoire sur le croup*. Paris, 1808, p. 26.

grande chez les autres; que la déglutition, facile au début, devient difficile plus tard, surtout lorsque la maladie est mortelle; qu'il y a presque toujours des vomituritions et des vomissements, et que chez un enfant on constata un écoulement par l'anus d'une matière âcre et ténue qui l'excoriait. Sans doute, dans ce dernier cas, il y avait une de ces *diphthérites générales* si bien étudiées par M. Bretonneau, et des fausses membranes occupaient l'anus. Les symptômes signalés par Caillau ont lieu dans un bon nombre de cas, mais ils ne sont pas constants : ainsi M. Hache n'a point vu la langue rouge; il n'a noté une soif vive que dans un cas, et il n'a point constaté de symptômes abdominaux. « On a remarqué, dit M. Bricheteau dans son intéressant travail sur le croup (p. 17), comme un phénomène singulier, qu'au milieu de ces accès orageux la déglutition était libre et facile. » Le fait est vrai, mais seulement pour quelques cas particuliers, et non pour la généralité, car la gêne de la déglutition est formellement constatée dans la majorité des observations. Cette absence de gêne de la déglutition ne se trouve-t-elle que dans le croup borné au larynx, ou dans la laryngite striduleuse? C'est ce que les observations de M. Hache (*loc. cit.*) auraient pu nous apprendre, car, parmi les cas qu'il a observés, il en est plusieurs où le pharynx fut toujours exempt d'altération. Mais malheureusement cet auteur a négligé d'examiner les faits sous ce point de vue. Je me bornerai donc à dire que, dans les cas où les parties constituantes du pharynx sont atteintes, la difficulté de la déglutition est remarquable. On n'a rien trouvé dans les *urines* qui ait une valeur pratique réelle.

Il est remarquable qu'au milieu de ces accidents si terribles, l'*intelligence* reste intacte; c'est cependant ce que tous les observateurs ont noté.

Tels sont les symptômes du croup chez les enfants; je reviendrai sur leur succession et sur leur intensité, lorsque j'exposerai la *marche* et la *terminaison* de la maladie. Voyons maintenant les modifications que l'influence de l'âge apporte dans la même affection observée chez l'adulte.

2° *Croup chez l'adulte.* — Chez les adultes, la maladie débute, plus constamment que chez l'enfant, par le mal de gorge et la gêne de la déglutition, dus à l'inflammation couenneuse du pharynx. Lorsque la fausse membrane a envahi le larynx, il survient de la douleur, de la dyspnée, de l'anxiété, une altération notable de la voix; mais, ainsi que l'a constaté M. Louis (1), il y a rarement des accès de suffocation, même dans les dernières heures de l'existence. Cette remarque est confirmée par les observations de croup chez des adultes, recueillies par MM. Hortcloup (2), Filleau et Engaz (3), Charcellay (4), H. Lynch, W. Dawson, Lewis (5), Renard (6), Gandy (7). Il faut en dire autant de l'absence fréquente de la respiration sibilante chez les adultes, notée avec soin par M. Louis. On voit en effet que sur neuf observations empruntées aux auteurs que je viens de citer, trois fois seulement la respiration a été sifflante, [illegible] qui n'a eu lieu qu'assez tard, et une fois même la veille de

(1) *Parallèle du croup chez l'enfant et chez l'adulte* (*Mémoire*, etc., p. 242).
(2) *Observ. du croup chez l'adulte*, thèse. Paris, 1828.
(3) *Croup chez l'adulte* (*Journ. de méd.*, t. XIV, p. 139).
(4) *Recueil des travaux de la Société d'Indre-et-Loire.*
(5) *The Lancet*, vol. I, p. 70 et 409.
(6) *Biblioth. méd.*, t. XLVII, p. 75.
(7) *Ibid.*, t. XXVI.

la mort. Telles sont les différences qui méritent d'être mentionnées. J'ajouterai que M. Louis pense, et cette opinion est très admissible, que l'intensité moindre de quelques symptômes doit être attribuée à l'état de maladie dans lequel se trouvent les adultes attaqués du croup.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le croup est une maladie essentiellement aiguë, et dont la marche est toujours plus ou moins rapide. On a vu qu'il présentait des exacerbations violentes auxquelles on a donné le nom d'*accès*. Ces *accès* ont vivement fixé l'attention des auteurs, qui s'accordent à les regarder comme plus fréquents le soir et la nuit que dans la journée. Dans onze cas où leur apparition a été remarquée, dix fois en effet il est dit que les accès revenaient principalement la nuit. C'est souvent au milieu du sommeil qu'a lieu l'invasion de l'accès ; alors le réveil est effrayant : l'enfant, saisi par une oppression imprévue, exprime sa terreur par ses regards et la contraction de la face ; puis tous les symptômes de l'accès se manifestent avec une *intensité* variable. Ordinairement le premier est moins violent que le second, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la maladie soit arrivée à son dernier terme ; car alors la suffocation, l'anxiété, tous les signes de l'asphyxie deviennent presque continus, et non-seulement on a de la peine à distinguer une différence dans les accès, mais encore on constate difficilement de véritables accès. Chez les adultes, ces accès de suffocation sont beaucoup plus rares et beaucoup moins marqués que chez les enfants.

On a divisé la marche de la maladie en deux, trois et même cinq périodes. Guersant, qui en admet trois, fait une première période du *début* lui-même, puis divise en deux le reste du cours de l'affection. Il y a sans doute quelques modifications dans la physionomie de cette maladie, suivant qu'on la considère à une époque plus ou moins avancée de son cours, mais ces modifications ne m'ont pas paru assez tranchées pour motiver une division systématique.

Suivant les auteurs, la laryngite pseudo-membraneuse a une *durée* de trois à douze jours. Chez les adultes observés par M. Louis, la mort survint du sixième au huitième jour, et du troisième au neuvième chez ceux dont MM. Horteloup, Filleau et Linch ont recueilli l'histoire. Les cas qui se trouvent hors de cette limite doivent être considérés comme exceptionnels.

Quelques auteurs ont cité des exemples de *croup chronique*. Ainsi F. Home (*loc. cit.*) rapporte qu'un enfant de cinq ans eut, pendant un an, une toux avec expectoration sanguinolente qui amena, à trois reprises différentes, l'expulsion de lambeaux pseudo-membraneux. J. Frank dit avoir vu un homme de trente ans qui, après avoir eu la syphilis, éprouva pendant trois mois des douleurs continuelles au larynx, avec toux, enrouement, fièvre, etc. Cet état dura jusqu'à ce que le malade rendit, après un violent accès de toux, une fausse membrane longue de 8 centimètres et large de 3 centimètres. Je pourrais citer quelques autres exemples semblables, mais ils ne sont pas plus concluants que ceux-ci, contre lesquels s'élèvent de fortes objections. Dans le cas cité par E. Home, le lambeau rendu n'était-il pas un caillot décoloré, polypiforme ? Dans celui de J. Frank, la fausse membrane rendue par le malade ne s'était-elle pas formée dans les derniers temps d'une laryn-

gite chronique ? Ces objections ont porté la plupart des médecins à rejeter le croup chronique. Disons que des doutes nombreux s'élèvent sur son existence, et que si une observation plus complète vient la démontrer, les cas de ce genre devront être regardés comme tout à fait exceptionnels (1).

La *terminaison* de la maladie est bien souvent funeste. Lorsqu'il en doit être ainsi, l'enfant tombe dans un assoupissement dont il est fréquemment tiré par la suffocation qui le tourmente ; il devient presque insensible à tout ce qui se passe autour de lui ; le pouls, et c'est là un signe d'une grande valeur, ne diminue pas, ou même augmente notablement de fréquence, tandis qu'il devient petit, serré, filiforme, et enfin le malade s'éteint après une agonie plus ou moins longue, ou bien il expire au milieu d'un accès violent de suffocation.

Si la terminaison est heureuse, en l'absence de toute opération, la toux perd son âpreté ; l'inspiration est moins sifflante ; les efforts du malade détachent plus facilement la fausse membrane ; le râle muqueux, qui n'est plus masqué par le sifflement laryngien, se manifeste à l'auscultation ; les accès de suffocation deviennent moins intenses, plus rares, et finissent par disparaître ; le pouls ne s'accélère pas, garde sa force ou la reprend s'il l'avait perdue, et en peu de jours toutes les fonctions se rétablissent.

[Il ne faudrait pas croire que la période aiguë du croup étant passée, tout danger ou toute incommodité ait disparu. Les accidents consécutifs au croup sont nombreux. Il faut placer en première ligne la gêne de la respiration qui quelquefois persiste assez longtemps ; en outre, les cordes vocales ayant perdu en partie leur motilité ou leur sensibilité, il en résulte soit des accès de suffocation, surtout pendant l'ingestion des boissons, soit une altération de la voix qui peut persister. On a souvent l'occasion d'observer, à la suite des angines diphthéritiques, des paralysies du voile du palais, quelquefois d'un seul côté. On a vu ces paralysies se montrer également d'un côté de la face et constituer une sorte d'hémiplégie. Ces phénomènes sont encore peu étudiés. Enfin, il y a lieu de se préoccuper des accidents consécutifs à la trachéotomie (voy. art. *Traitement*).

Complications. — Il faut d'abord noter l'apparition de la diphthérite en plusieurs points du corps : larynx, trachée, pharynx, bronches, fosses nasales, organes génitaux, anus, quelquefois au pourtour des oreilles, à la commissure des orteils, sur les plaies, etc. Ces cas sont rares et toujours très graves. L'*angine couenneuse* ordinaire ne saurait, ainsi que le fait remarquer M. Millard, être regardée comme une complication du croup, puisqu'elle fait pour ainsi dire partie de la maladie ; mais, ajoute cet auteur (*loc. cit.*), « il n'en est pas de même de cette variété maligne au premier chef, sur laquelle l'attention du monde médical a été si douloureusement appelée depuis plusieurs années, et qui est caractérisée par l'épaisseur et l'abondance extrême des fausses membranes, par l'engorgement ganglionnaire volumineux et rapide envahissant les régions sous-maxillaire et parotidienne, par une horrible fétidité de l'haleine, par la coloration blanc mat et livide du teint, et enfin par les signes de la plus grande prostration. » Il en est de même du coryza

(1) Je ne crois pas que les cas cités par M. Andral (*Clinique médicale*, 1834, vol. IV, p. 190) soient plus concluants. Il s'agit, en effet, de laryngites pseudo-membraneuses survenues chez des phthisiques ; mais combien de temps avant la mort? C'est là la question. Tout porte à croire que ces cas ne diffèrent pas de ceux qui ont été cités par M. Louis.

couenneux intense, qui est, de toutes les formes de la diphtérite, la plus grave, d'après M. Trousseau.

La *bronchite pseudo-membraneuse* est une complication plus fréquente qu'on ne pensait d'abord ; M. Millard (1) en cite seize cas recueillis en 18 mois à l'hôpital des Enfants. Le diagnostic de cette maladie est extrêmement difficile ; la guérison a lieu rarement en pareil cas.

La *pneumonie* est la complication la plus fréquente du croup ; et beaucoup d'enfants qui semblaient devoir guérir, soit que le croup eût cédé de lui-même, ou que la trachéotomie eût été pratiquée, ont succombé à la phlegmasie du poumon.

Faut-il placer ici la *malignité* à titre de complication ? ne serait-il pas plus juste de dire qu'il y a des formes particulières de la maladie, et que parmi ces formes, il en est une dont la gravité ne peut s'expliquer ni par la quantité, ni par le siége des fausses membranes, ni par la gêne de la respiration : c'est la forme maligne, septique, fatalement mortelle, et qui s'annonce par les signes ordinaires de l'adynamie et de la septicémie. Cette forme est peut-être plus souvent observée alors que règne une épidémie de rougeole et de scarlatine.]

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans ces derniers temps, les auteurs se sont longuement étendus sur la description des lésions organiques de la laryngite pseudo-membraneuse. Sans entrer dans tous les détails qu'ils nous ont donnés, et qui seraient superflus dans un ouvrage pratique, je vais présenter un résumé complet de leurs recherches.

1° On trouve dans le larynx une fausse membrane qui en tapisse la cavité. Quelquefois il n'existe que des lambeaux pseudo-membraneux sur quelques points de la muqueuse laryngienne, et surtout à la face postérieure du cartilage thyroïde.

2° Il est rare que la concrétion pseudo-membraneuse soit bornée au larynx. D'une part, elle existe souvent encore, au moins en partie, dans le pharynx et même dans les cavités nasales où on l'avait vue apparaître ; et, de l'autre, elle se prolonge dans la trachée, que le plus souvent elle a envahie secondairement : chez les adultes observés par M. Louis (*loc. cit.*, page 339), la fausse membrane occupait, après la mort, toute l'étendue des organes qui viennent d'être mentionnés. C'est ce qui avait également lieu presque toujours chez les enfants traités par M. Bretonneau (*loc. cit.*, passim). Dans les observations recueillies par M. Hache, il n'y eut de fausses membranes sur les amygdales que dans la moitié des cas. Ce sont là des différences qu'il importait de noter.

3° La fausse membrane est d'un blanc grisâtre, quelquefois jaune ou brunâtre et sanieuse, lorsqu'elle a pris un aspect gangréneux, comme dans les cas cités par M. Bretonneau. Sa *consistance* est variable, mais ordinairement elle est assez forte, et l'on peut constater une élasticité marquée en cherchant à étendre doucement un lambeau. Son *épaisseur* varie aussi beaucoup ; quelquefois très mince, elle acquiert parfois une épaisseur de 3 millimètres. Lorsqu'elle n'a pas été détachée pendant la vie, pour être remplacée par une nouvelle, elle est d'autant plus épaisse qu'elle est plus ancienne. C'est ce qui a été démontré par M. Louis (*loc. cit.*, p. 239).

(1) *De la trachéotomie dans le cas de croup*, observations recueillies à l'hôpital des Enfants malades. Paris, 1858.

Son *adhérence* varie suivant les points où l'on examine, et aussi suivant les circonstances de la maladie et le traitement. Tantôt les lambeaux membraneux, en partie détachés, flottent dans un mucus aéré ou puriforme; tantôt la fausse membrane a partout un certain degré d'adhérence; tantôt enfin, adhérente dans quelques points, elle est détachée dans d'autres. Le maximum d'adhérence se trouve ordinairement vers les ventricules du larynx et la partie supérieure de la trachée. Lorsque la membrane est adhérente à la trachée, elle présente à sa surface externe des points rouges observés par Guersant et M. Blache, et qui sont, d'après ces auteurs, le commencement des linéaments vasculaires constatés par les préparations de Sœmmering; ce qui rapproche cette fausse membrane des fausses membranes organisables des cavités séreuses. Boudet a cité un fait de ce genre.

4° Voici les résultats de l'analyse chimique de la fausse membrane : elle est durcie et crispée par les acides sulfurique, nitrique et chlorhydrique affaiblis, et dissoute par l'acide acétique, l'ammoniaque liquide, les solutions alcalines. Par l'incinération, on en retire du sulfate de chaux et du carbonate de soude.

5° L'ouverture de la glotte est plus ou moins complétement bouchée, suivant l'épaisseur plus ou moins grande de la fausse membrane; mais il ne faut pas croire que l'occlusion complète de la glotte soit nécessaire pour causer la mort, car dans bon nombre d'autopsies, cette ouverture a paru offrir un passage assez libre à l'air, malgré la présence de la production morbide.

On a cherché encore à établir d'une manière plus précise le siége de la fausse membrane, on a aussi recherché son mode de formation, etc. ; mais ces détails, très intéressants d'ailleurs, n'ont point de véritable importance pratique.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Avant d'aborder le diagnostic différentiel du croup, je dois discuter quelques questions intéressantes.

On a vu plus haut que, d'après les observations les plus précises, on ne pouvait pas établir de différences de nature entre l'angine pharyngienne pseudo-membraneuse et la laryngite dont il est ici question. Tout en effet leur est commun, excepté le siége, et de plus elles procèdent très fréquemment l'une de l'autre. C'est une vérité aujourd'hui admise, et contre laquelle ne sauraient prévaloir les objections de quelques auteurs, parmi lesquelles je mentionnerai celles du docteur J. Cheyne (1). Ce médecin ne conçoit pas qu'on ait pu regarder comme identiques ces deux affections, non pas parce que leur siége principal est différent, mais parce que : 1° l'une est causée par le froid, et l'autre par la contagion; 2° l'une est purement inflammatoire, et l'autre de nature typhoïde; 3° la première réclame un traitement antiphlogistique, et la seconde les stimulants locaux les plus énergiques, les médicaments toniques et les cordiaux. Je n'ai cité ce passage que pour faire voir combien sont faibles les objections adressées à un des plus importants résultats de l'observation moderne; car, bien que M. Bretonneau lui-même ait cité bon nombre d'auteurs qui, avant F. Home, avaient entrevu la vérité, il faut reconnaître que c'est à ses habiles recherches qu'on a dû la démonstration complète, et des caractères

(1) *The Cyclopædia of pract. med.*, vol. I, p. 199.

propres de l'angine pharyngienne diphthérique, et de son identité avec l'angine laryngienne pseudo-membraneuse. Cependant, comme s'il craignait d'aller trop loin, M. Bretonneau se demande (*loc. cit.*, p. 281) s'il ne pourrait pas se développer dans le larynx des concrétions de nature *non diphthéritique.* Mais en examinant attentivement les faits, on ne tarde pas à voir que toutes les pseudo-membranes développées dans le larynx sont de même nature, et qu'il n'existe entre elles aucun signe distinctif de quelque valeur. Cette opinion a été, au reste, parfaitement établie par M. Bricheteau (*loc. cit.*, p. 335). Ces deux maladies ne diffèrent donc, je le répète, que par leur siége. Mais comme, d'une part, la différence du siége est capitale, et que, de l'autre, la diphthérite peut être bornée au larynx, le médecin, tout en reconnaissant que l'angine pharyngienne et la laryngite pseudo-membraneuse sont de même nature et se confondent fréquemment entre elles, doit en faire deux maladies distinctes et les étudier avec soin séparément.

La laryngite simple aiguë peut-elle dégénérer en laryngite pseudo-membraneuse? en d'autres termes, ces deux affections doivent-elles être distinguées l'une de l'autre, ou ne sont-elles que deux degrés divers de la même maladie? Voilà encore une question qui a divisé les esprits, et que néanmoins il est facile de résoudre par les faits. Si la laryngite simple aiguë n'était qu'un premier degré de la laryngite pseudo-membraneuse, dès que la première de ces deux maladies acquerrait une certaine intensité, il y aurait production d'une fausse membrane. Or c'est ce qui n'a pas lieu, car on trouve un assez bon nombre de faits, et j'en ai indiqué plusieurs où la laryngite simple étant assez violente pour causer la mort, et ayant une assez longue durée, il n'y a point eu la moindre trace de fausse membrane. D'un autre côté, on pourrait citer bien des cas où l'inflammation s'est annoncée, dans le croup, par des symptômes très peu intenses, quoiqu'une fausse membrane fort épaisse se soit produite et reproduite à plusieurs reprises. Ce sont là, je pense, des raisons suffisantes pour regarder les deux affections comme différentes dès l'origine : dans l'une et dans l'autre, il y a une inflammation ; mais cette inflammation est toute spécifique dans le croup. Ce que je viens de dire à l'occasion de la laryngite simple s'applique également à la *laryngite striduleuse*, qui n'est, ainsi qu'on l'a vu, qu'une laryngite simple avec accès très violents de suffocation.

Après ces considérations, qu'il était important de présenter, parce que la manière dont on a envisagé les faits, sous ce rapport, a eu une grande influence sur la pratique, je vais entrer dans les détails du diagnostic différentiel.

Les maladies avec lesquelles on peut, au moins dans certaines circonstances, confondre la laryngite pseudo-membraneuse, ont leur siége dans le pharynx, dans le larynx, dans la trachée, dans les bronches, et, d'après quelques observations, dans le thymus.

1° *Maladies qui ont leur siége dans le pharynx.* — Il est rare que l'*angine pharyngienne simple* acquière une intensité assez grande et produise une gêne de la respiration assez considérable pour rendre possible une confusion entre cette maladie et celle qui nous occupe. Cependant on voit des cas où le gonflement extrême des amygdales occasionne un certain degré de suffocation et une altération notable de la voix. C'est principalement lorsque l'*amygdalite* se termine par un abcès que surviennent ces accidents. On ne les attribuera pas à la laryngite pseudo-membraneuse, si l'on considère que la suffocation est plus continue, qu'il n'y a pas d'accès

bien marqués, que la voix n'est point éteinte, mais nasonnée et très désagréable, que la toux n'existe pas, ou est rare, et que le gonflement extrême des amygdales, facile à apercevoir, rend parfaitement compte de tous ces symptômes.

Si je n'avais qu'à comparer le croup avec l'*angine de la même espèce* bornée au pharynx, ce que je viens de dire serait suffisant ; mais quand il s'agit de ces deux affections, il se présente une question plus importante : *A quels signes reconnaît-on que l'inflammation diphthéritique reste bornée au pharynx ou a pénétré dans le larynx?* On le reconnaît à la suffocation extrême, aux accès, au sifflement de l'inspiration, aux quintes de toux, à l'extinction de la voix, qui n'existaient pas auparavant, et, de plus, d'après les faits de MM. Gendron et Hache, au prolongement notable de l'inspiration, dû à l'obstruction de la glotte.

2° *Maladies qui ont leur siége dans le larynx.* — Il semble d'abord qu'il doive être facile de distinguer la *laryngite simple* de la laryngite pseudo-membraneuse ; mais quand on examine les faits, on ne tarde pas à se convaincre que ce diagnostic peut offrir de grandes difficultés. C'est, au reste, un point que j'ai traité en détail à l'article *Laryngite simple aiguë;* j'y renvoie le lecteur, me réservant seulement de reproduire le diagnostic dans le tableau synoptique.

Le *pseudo-croup* mérite aussi d'être distingué avec soin de la laryngite pseudo-membraneuse ; mais j'ai également exposé le diagnostic différentiel de ces deux maladies. Je n'y reviendrai pas ici ; je me bornerai, comme pour la laryngite simple, à retracer le résumé de ce diagnostic dans le tableau synoptique.

On a indiqué un certain nombre de signes pour distinguer l'*œdème de la glotte* du croup ; mais ils sont loin d'avoir tous la même valeur. Voici comment on pourra se guider dans ce diagnostic : 1° L'œdème de la glotte est le plus souvent, comme l'ont démontré MM. Trousseau et Belloc (1), et plus récemment M. Bricheteau (2), la suite de quelque ancien ulcère du larynx ; les antécédents seront donc d'un très grand secours dans ces cas. 2° Lorsque l'œdème de la glotte est le résultat d'une inflammation, il se manifeste ordinairement dans la convalescence d'une maladie inflammatoire, comme Bayle l'a constaté maintes fois. 3° La fièvre est ordinairement moins considérable dans la laryngite œdémateuse ; les ganglions du cou ne sont pas ordinairement engorgés. 4° Enfin la voix est rauque, difficile, mais elle n'est éteinte qu'aux derniers moments. Quant aux accès de suffocation, c'est à tort qu'on a dit qu'ils n'existent pas dans l'œdème ; ils sont peut-être plus marqués que dans le croup.

3° *Maladies qui ont leur siége dans la trachée et dans les bronches.* — Dans la trachée, nous trouvons la trachéite simple et la trachéite pseudo-membraneuse. Les signes distinctifs de ces deux affections, qui ont bien moins d'importance que les précédentes, seront indiqués lorsque le moment sera venu de tracer leur histoire. Je ne parlerai point non plus ici du *catarrhe suffocant*, dénomination sous laquelle, comme sous celle d'*asthme de Millar*, on a désigné plusieurs maladies différentes ; mais j'établirai le diagnostic de la laryngite pseudo-membraneuse et de la *bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse*, si bien décrite dans ces derniers temps.

(1) *Traité de la phthisie laryngée*, p. 252 et suiv.
(2) *Archives gén. de méd.*, 3e série, 1841, t. XII, p. 314

Voici, d'après les faits publiés par les modernes observateurs, et en particulier par M. Fauvel, dont j'ai déjà eu occasion de citer l'excellente thèse, comment on peut distinguer ces deux affections : La dyspnée de la *bronchite capillaire générale* est plus continue et plus grande encore que celle du croup ; la respiration est courte, rapide, haletante, mais elle n'est point sifflante, comme dans la laryngite pseudo-membraneuse ; la toux n'est pas sèche ; la voix n'est pas éteinte : elle a son timbre normal ; lorsqu'il y a expulsion de fausses membranes, elles sont parfois ramifiées comme les bronches. A l'auscultation, au lieu du sifflement qui masque le bruit vésiculaire, on entend un mélange de râles muqueux et sonores qui occupent une grande étendue de la poitrine. On voit qu'avec un peu d'attention le diagnostic est facile.

4° Enfin l'*asthme thymique*, par les accès de suffocation qu'il cause, pourrait peut-être en imposer pour une laryngite pseudo-membraneuse ; mais c'est un diagnostic qu'il faut renvoyer à l'histoire de cette espèce d'asthme, encore peu connue en France ; il n'a, du reste, qu'une importance médiocre.

[Parmi les signes diagnostiques de la diphthérite, l'albuminurie a été signalée. MM. Bouchut et Empis ont présenté sur ce sujet un mémoire à l'Académie des sciences, en novembre 1858. Les conclusions formulées par ces deux auteurs sont que : « 1° L'albuminurie s'observe sur les deux tiers des cas de maladies couenneuses, telles que l'angine de ce nom, l'angine ulcéreuse, le croup et la diphthérite cutanée. 2° Cette albuminurie est quelquefois placée sous la dépendance de la congestion rénale produite par l'asphyxie. 3° Elle résulte d'une scarlatine intercurrente. 4° Sans asphyxie ni scarlatine, l'albuminurie des maladies couenneuses est le signe d'un commencement d'infection purulente. 5° Ce phénomène coïncide avec une gravité très grande de la maladie. 6° Sa disparition annonce une guérison prochaine, et constitue un signe pronostique des plus précieux. » Nous ne savons quel est le sort que l'avenir réserve à ce nouveau signe pronostique ; nous le signalons surtout pour indiquer que la présence de l'albumine dans l'urine, si elle était constatée, ne doit point être considérée comme une complication, comme un accident anomal. Quant à la théorie indiquée plus haut, elle n'est point susceptible de démonstration, et il paraît aujourd'hui certain que l'albuminurie peut se montrer dans un grand nombre de maladies différentes.]

Je passe donc immédiatement au tableau synoptique du diagnostic.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du croup et de l'angine tonsillaire intense.*

CROUP.	ANGINE TONSILLAIRE.
Accès de suffocation.	Suffocation *continue*.
Voix sourde, *éteinte*.	Voix *nasonnée*, désagréable.
Toux rauque, sèche.	Peu ou point de *toux*.
Amygdales souvent gonflées et couvertes d'une pseudo-membrane, mais laissant encore à l'air un libre passage.	*Amygdales* énormément tuméfiées, interceptant le passage de l'air.

2° *Signes distinctifs du croup et de l'angine pharyngienne pseudo-membraneuse.*

CROUP.	ANGINE PHARYNGIENNE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
On peut voir parfois la fausse membrane *se prolonger vers le larynx*.	On peut voir quelquefois *une surface libre* entre la fausse membrane des amygdales et le larynx.
Voix *éteinte*.	Voix *nasonnée*.
Toux *sèche, rauque*.	Toux nulle ou *grasse*.

3° *Signes qui annoncent que la fausse membrane, d'abord développée sur les amygdales, a gagné le larynx.*

La *suffocation* devient bientôt très considérable.
De véritables *accès* se déclarent.
L'*inspiration* devient *sifflante*.
La *voix s'éteint*.
Il y a des *quintes d'une toux sèche*.
L'*expiration est prolongée* (Gendron, Hache).

4° *Signes distinctifs du croup et de la laryngite aiguë intense* (1).

CROUP.	LARYNGITE SIMPLE.
Expectoration de crachats muqueux contenant souvent des lambeaux de fausses membranes laryngiennes.	*Expectoration* de crachats muqueux, filants, écumeux.
Inspection : Elle fait souvent reconnaître la présence de fausses membranes sur les amygdales.	*Inspection de la gorge :* Rien ou seulement un peu de rougeur et de turgescence de l'épiglotte.

Il est des cas où ce diagnostic est d'une extrême difficulté.

5° *Signes distinctifs du croup et du pseudo-croup.*

CROUP.	PSEUDO-CROUP.
Symptômes du début plus ou moins graves.	*Symptômes du début* très légers.
Dans les *intervalles des accès*, symptômes toujours inquiétants.	Dans les *intervalles des accès*, absence presque complète de symptômes.
Souvent *engorgement* des ganglions du cou.	*Pas d'engorgement* des ganglions lymphatiques du cou.
Souvent expectoration de *fausses membranes*.	*Pas* d'expectoration de *fausses membranes*.
Souvent *fausse membrane* sur les *amygdales*.	*Point de fausse membrane* sur les *amygdales*.

6° *Signes distinctifs du croup et de l'œdème de la glotte.*

CROUP.	ŒDÈME DE LA GLOTTE.
Antécédents : Survenu au milieu d'une santé parfaite, ou à la suite d'un exanthème.	*Antécédents :* Survenu dans le cours d'une laryngite ulcéreuse chronique, ou dans la convalescence d'une maladie aiguë quelconque.
Fièvre notable.	*Peu* ou *point* de *fièvre*.
Ganglions du cou *engorgés*.	*Ganglions* du cou *non engorgés*.
Voix *éteinte*.	Voix *rauque ou basse*.

(1) Ce diagnostic et le suivant ont déjà été présentés aux articles *Laryngite simple*

7° *Signes distinctifs du croup et de la bronchite capillaire purulente ou pseudo-membraneuse.*

CROUP.	BRONCHITE CAPILLAIRE.
Dyspnée revenant par *accès* plus ou moins marqués.	*Dyspnée continue*, intense.
Inspiration sifflante; respiration s'exécutant avec effort.	*Inspiration* peu bruyante ou stertoreuse; respiration très rapide, très fréquente, courte, haletante.
Voix *éteinte.*	*Timbre normal* de la voix.
Rejet de *fausses membranes*, ayant la forme d'un large tube, ou plus souvent en lambeaux.	Rejet de *fausses membranes* ramifiées. (Signe pathognomonique, mais rare).
Auscultation : Sifflement inspiratoire; faiblesse du bruit respiratoire.	*Auscultation : Râles* muqueux et sonores, abondants, et souvent très étendus.

Le diagnostic que je viens de présenter n'a sans doute pas, dans chacune de ses parties, toute la précision que les recherches auxquelles on se livre incessamment finiront par lui donner; mais j'espère qu'on y trouvera l'expression fidèle de nos connaissances actuelles.

Pronostic. — Le croup est une des affections les plus graves qui menacent l'enfance; il est même permis de dire, d'une manière générale, que cette affection est mortelle lorsqu'elle n'est pas traitée énergiquement. Néanmoins, parmi les auteurs qui ont étudié la maladie avec le plus de succès, il en est qui attribuent au croup une mortalité très variable : ainsi l'un évalue cette mortalité à la presque totalité des cas, l'autre à la moitié, l'autre à un neuvième seulement.

[Il faut tenir compte de l'influence de l'âge. « Tous les médecins, dit M. Trousseau, ont pu être frappés de l'extrême gravité du croup chez l'adulte, si bien qu'il y a peu de cas authentiques de guérison, lorsque la fausse membrane existait évidemment dans le larynx, et, chose remarquable, bien que la trachéotomie ait été assez souvent faite dans le cas de croup de l'adulte, je ne crois pas qu'il existe dans la science un seul fait de guérison après la trachéotomie. »

Chez les enfants, les cas de guérison de croup sont nombreux; chez les enfants de deux ans et au-dessous, la guérison est exceptionnelle. Suivant M. Millard, « *toutes choses étant égales d'ailleurs, les chances de succès sont en raison directe de l'âge des enfants.* »

On ne saurait dire exactement quelle est la proportion des cas mortels; cependant on ne lira pas sans intérêt la statistique suivante, due à M. Barthez :

NOMBRE DES CROUPS DANS PARIS.

Première période, comprenant quinze années (*de* 1826 *à* 1840). — Nombre, 3845; décès, 2884; guérisons, 961 : soit 1 guéri sur 4.

Seconde période, comprenant dix-huit années (*de* 1841 *à* 1858). — Nombre, 6876; décès, 5730; guérisons, 1146 : soit 1 guéri sur 6.

pseudo-croup; mais comme ils sont très importants, je ne crois pas faire un double emploi inutile en les reproduisant dans un lieu où le lecteur doit s'attendre à les trouver. Je n'agirai ainsi que pour les diagnostics indispensables.

En temps d'épidémie, la proportion de la mortalité s'accroît. On ne saurait méconnaître l'influence du traitement. Il est certain que la trachéotomie diminue la mortalité.

Récidive. — La récidive est exceptionnelle; cependant M. P. Guersant a rapporté des observations très curieuses de deux garçons opérés deux fois avec succès, et posé les conclusions suivantes :

1° Un enfant peut avoir deux fois le véritable croup.

2° Une seconde atteinte de la maladie peut être tout aussi grave que la première, et l'on peut pratiquer avec succès une seconde fois la trachéotomie.]

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse est un des sujets les plus importants, mais en même temps les plus difficiles de la thérapeutique. Ce n'est pas que les hommes d'un grand talent ne s'en soient occupés, mais plusieurs causes ont tellement compliqué cette question, qu'il a été impossible d'arriver à des résultats aussi positifs qu'on doit le désirer en pareille matière. En première ligne il faut encore placer le peu de précision du diagnostic que la distinction établie par Wichmann, M. Bretonneau et Guersant, entre la laryngite striduleuse et la laryngite pseudo-membraneuse, a pu seule faire disparaître. Comment, en effet, apprécier la valeur d'un moyen thérapeutique opposé indifféremment à une maladie qui tend naturellement à guérir : le *pseudo-croup*, et à une maladie presque constamment mortelle : le *croup*? Encore si l'on pouvait toujours, dans les auteurs, démêler les cas de l'une et de l'autre, de manière à en connaître la proportion! Mais il n'en est rien, et l'absence des observations ou des détails les plus importants rend souvent toute tentative de ce genre infructueuse. En second lieu, il est bien peu de cas dans lesquels le traitement ne soit pas très compliqué. Ce n'est pas un reproche que j'adresse aux praticiens; car, dans cette terrible maladie, qui oserait se priver d'un seul des moyens ayant pour eux une expérience plus ou moins solide? Mais ce n'est pas moins un grand obstacle aux recherches thérapeutiques que cette multitude de remèdes divers mis en œuvre en même temps. Auquel peut-on ensuite attribuer la guérison?

Pour surmonter autant que possible ces immenses difficultés, j'ai cherché à m'éclairer par l'étude des observations les plus détaillées, et dont le diagnostic n'avait rien de douteux. Voici le résultat de mes recherches :

1° *Antiphlogistiques.* — [La saignée, qui était fort en honneur aux siècles derniers, et qui a joui d'une faveur particulière il y a une trentaine d'années, a dû être nécessairement appliquée à la thérapeutique du croup. M. Bricheteau, dans son *Précis an*[illegible] M. Caillau (*loc. cit.*), ont préconisé ce moyen, surtout en cas d'embarras de la [illegible]lation pulmonaire. M. Bouillaud conseillait récemment à l'Académie de médecine l'emploi des saignées, suivant sa formule, dans les cas de croup. La vérité est qu'on ne saigne plus aujourd'hui dans le cas de croup. Cette pratique ne compte pas un seul partisan parmi les médecins qui se sont occupés particulièrement de cette maladie. Il est bon de rappeler que le croup n'est pas une phlegmasie, et que la saignée, chez de jeunes sujets, est le plus souvent un remède dangereux. M. Bretonneau le premier s'est élevé avec force contre l'emploi des antiphlogistiques, saignée ou sangsues, dans les cas de croup.]

Émollients, adoucissants. — Ces moyens ne peuvent être rangés que dans la classe des adjuvants ; on y attache généralement, et avec raison, une faible importance. Ils consistent en une tisane adoucissante, des cataplasmes autour du cou (Jurine, Delens, etc.), des fomentations émollientes, des embrocations huileuses. Bon nombre de praticiens, et en particulier Jurine, recommandent les *bains tièdes* et même les *bains de vapeur*. Ces derniers moyens auraient des inconvénients, si l'on n'avait pas grand soin de préserver les malades de l'action du froid, et de plus ils pourraient provoquer des accès de suffocation.

Air chaud et humide. — M. W. Budd (1) a publié deux cas de guérison dont un chez un enfant presque mourant, par un moyen bien simple et qui serait bien précieux si dans la suite il répondait, de la même manière, à l'attente du médecin : c'est l'emploi de l'air chaud et humide. Voici comment il procède :

« L'enfant malade est couché dans un lit fermé de toutes parts au moyen de rideaux superposés ; dans l'enceinte formée par ces rideaux, il place une terrine remplie d'eau bouillante dans laquelle *on plonge de temps en temps une brique chaude. On administre de temps en temps l'émétique* pour favoriser l'expulsion des fausses membranes. »

On voit que cette médication n'est pas simple, et si l'on se rappelle ce que j'ai dit des heureux effets de l'émétique seul, on sera tenté de rapporter les heureux effets du traitement à ce dernier moyen. Mais il faut remarquer que l'émétique avait déjà été administré isolément sans succès. C'est donc un traitement qui mérite d'être de nouveau expérimenté.

Vomitifs. — Les vomitifs ont de tout temps été vantés dans les angines. Il est bien peu d'observations où ils ne jouent un rôle important. En aurons-nous plus de facilité pour déterminer quelle part il faut leur accorder dans les guérisons de croup confirmé que la science possède? C'est ce que va nous apprendre l'examen des documents qui nous sont fournis par les auteurs.

Émétique. — Je n'ai trouvé que deux observations de croup avec production évidente de fausses membranes (2) dans lesquelles on n'ait employé pour tout médicament actif que l'émétique, ou bien l'émétique uni à l'ipécacuanha et à l'application de quatre sangsues, ce qui ne change pas sensiblement la médication. Ces deux cas ont eu une terminaison favorable. Dans sept autres cas de guérison, où l'émétique a été donné à des doses très variables, on a en même temps mis en usage un grand nombre d'autres moyens, tels que le calomel, les purgatifs, les vésicatoires, etc. ; en sorte que l'appréciation devient très difficile.

Cependant voici quelques résultats assez remarquables que j'ai obtenus en examinant un certain nombre de faits : Dans 53 cas (3), on a employé 31 fois, comme médication principale, l'émétique et l'ipécacuanha, et il [illegible] 15 guérisons,

(1) *Médical Times* et *Union médicale*, septembre 1852.

(2) Nous sommes obligé de faire cette distinction à cause des nombreux cas de laryngite striduleuse qu'on trouve confondus avec le croup, dans les ouvrages publiés sur cette maladie.

(3) Voy. Double, obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ; Lobstein, obs. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11 ; Rosen, obs. 6, 7, 8, 9, 10 ; Home, obs. 7, 8, 9, 10, 11 ; Terrade, obs. 1, 2 ; Blaud, obs. 3, 6 ; Poussin, obs. 1, 2, 3 ; Brousse, obs. 1, 2 ; Hastron, obs. 1, 2, 3 ; Ferrand, obs. 1, 2, 3, 4 ; Valentin, obs. 4 ; Deville, obs. 2 ; et Martin, Dancy, Schmidt, Lévêque-Lasource, Gayot, [illegible]ogery, Saissy, Leurat, Ehrmann, etc., chacun une observation.

c'est-à-dire près de la moitié; tandis que dans 22 autres, où les vomitifs n'ont été donnés qu'avec parcimonie, il n'y a eu qu'une seule guérison : différence énorme, qui, malgré le petit nombre des d'observations, me paraît être plus qu'une simple coïncidence. Je suis d'autant plus porté à y voir une preuve de l'efficacité de ce médicament, qu'en envisageant les faits sous un autre point de vue, on arrive à un résultat qui se rapproche beaucoup du précédent. Parmi les 31 sujets qui ont été traités par les vomitifs énergiques, 26 ont rendu des fausses membranes dans les efforts de vomissement, et, de ce nombre, 15 ou près des 3/5es ont guéri. Les 5 autres, au contraire, n'ont pas rendu un seul fragment de fausse membrane, et ils sont tous morts. Restent maintenant les 22 sujets chez lesquels les vomitifs n'ont été employés que d'une manière timide, et comme médication secondaire. De ce nombre, 2 ont rejeté des fausses membranes, et un a guéri ; les 20 autres n'ont pas rendu de lambeaux pseudo-membraneux, et *ils sont tous morts*. Voilà des faits bien dignes de remarque. Il faut y joindre celui qu'a rapporté M. le professeur Forget (1), bien que le vomitif administré à plusieurs reprises fût l'ipécacuanha, car il est évident que c'est uniquement comme vomitif qu'agit l'émétique. Dans le cas observé par M. Forget, le vomissement fit rejeter des lambeaux de fausses membranes, comme dans les cas heureux que nous venons de signaler.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux faits suivants rapportés par M. Nonat. M. Nonat (2) cite trois cas de croup traités avec succès par le tartre stibié répété, et par le calomel et les frictions mercurielles sur le cou et sous les aisselles. La dose du calomel était portée à 1 gramme par jour et les frictions à 60 grammes. Tous les enfants rendirent des fausses membranes par le vomissement.

Enfin, dans 24 cas de croup cités par le docteur Gaussail (3), et dans lesquels le tartre stibié avait été administré dès le début à la dose de 1 à 2 décigrammes associé à l'ipécacuanha, 3 malades seulement ont succombé, et chez ces derniers le médicament avait été mal administré.

Mais ce n'est pas en étudiant ainsi la question qu'on a acquis une si grande confiance dans les vomitifs, et surtout dans l'émétique; c'est par l'observation de ce qui se passe dans le cours de la maladie. En voyant les efforts de vomissement, naturels ou provoqués, donner si fréquemment lieu à l'expulsion des fausses membranes; en observant le calme plus ou moins durable, et quelquefois même la guérison qui suivait cette expulsion, on a été conduit à attribuer la guérison aux vomitifs (4); or, comme c'est le tartre stibié qui est le plus fréquemment employé, c'est à lui qu'on a dû rapporter l'honneur de la cure. Tout nous porte donc à placer l'émétique au nombre des médicaments auxquels on doit le plus se hâter d'y recourir. Toutefois je dois ajouter que M. Hache, qui a rigoureusement observé, n'a pu, dans les huit cas dont il a recueilli l'histoire, découvrir le moindre signe d'amélioration après l'emploi de l'émétique; mais il observait à l'hôpital des Enfants, c'est-à-dire au milieu de circonstances hygiéniques peu favorables, et ces cas négatifs, bien que limitant la confiance qu'on doit avoir dans le tartre stibié, ne détruisent pas les faits positifs cités plus haut. D'ailleurs, M. Jousset a observé,

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, mars 1845.
(2) *Ibid.*, janvier 1844.
(3) *Journ. de méd. et de chir. de Toulouse.*
(4) Téallier, *Du tartre stibié*, etc. Paris, 1832, p. 297 et suiv.

dans les mêmes circonstances, des faits bien plus favorables au traitement par le tartre stibié qui viennent à l'appui de l'opinion que j'ai émise plus haut. Ce médecin (1) rapporte deux cas de guérison dans lesquels le principal remède a été l'émétique. Dans un cas il est dit formellement que des fausses membranes ont été rejetées dans le vomissement. Dans l'autre, il n'est pas fait mention des fausses membranes.

A quelle *dose* faut-il donner le tartre stibié ? Dans les observations que j'ai sous les yeux, cette dose a varié de 5 à 15 centigrammes par jour; mais on sent que l'âge des sujets est une grande considération en pareille matière. Voici les doses que l'on pourra prescrire :

D'un à trois ans :

℞ Émétique............	0,05 gram.	Sirop....................	20 gram.
Eau.................	60 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure.

De trois à six ans :

℞ Émétique............	0,10 gram.	Sucre.....................	20 gram.
Eau.................	60 gram.		

Mêlez. A prendre comme la précédente.

Au-dessus de six ans :

Porter à 0,15 gram. la dose de l'émétique dans la même quantité de véhicule.

Il ne faut pas s'arrêter dans l'administration du médicament, lorsque l'on voit survenir les premiers vomissements; car c'est souvent leur persistance qui a provoqué l'expulsion des fausses membranes.

Delens (2) est un des médecins qui ont le plus préconisé l'émétique à haute dose; et si je n'en ai pas encore parlé, c'est parce que ce praticien n'emploie pas l'émétique seul, mais associé aux saignées abondantes. Je vais maintenant exposer sa méthode.

SAIGNÉES ABONDANTES ET ÉMÉTIQUE COMBINÉS, TRAITEMENT DE DELENS.

1° Appliquez sur les deux côtés du larynx de deux à douze sangsues, suivant l'âge du sujet (ce dernier nombre ne devant être employé que chez les adolescents). Laissez couler le sang assez longtemps pour qu'il en résulte un affaissement considérable et même une véritable défaillance. Renouvelez les sangsues chaque jour, pendant tout le temps que le danger persiste.

2° En même temps que vous appliquez les sangsues, donnez l'émétique (1), soit aux doses précédemment indiquées, soit à des doses plus élevées; mais ayez soin

(1) *De la bronchotomie, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1844, t. V, p. 401).
(2) *Biblioth. méd.*, 1820, t. LXVI, p. 75.
(3) Delens n'indique pas les doses.

d'en continuer l'administration sans interruption pendant tout le cours de la maladie.

3° Entourez tout le cou de cataplasmes émollients.

4° Deux ou trois fois par jour, des demi-lavements d'eau saturée de sel marin.

Delens, après avoir exposé ce traitement qu'il employait, autant que possible, au début même de la maladie, ajoute qu'il a *réussi dans cinq cas où il l'a mis en pratique.* On sent de quelle importance il serait de connaître les cinq observations, pour en apprécier la valeur sous le point de vue du diagnostic, peu rigoureux à l'époque où écrivait l'auteur; mais bien qu'il ait promis de les publier plus tard, je les ai vainement cherchées dans la *Bibliothèque médicale* et dans les autres recueils, en sorte que nous avons la méthode sans avoir la mesure exacte de son efficacité.

Hufeland avait la plus grande confiance dans le vomitif, et voici la formule qu'il employait (1) :

Potion vomitive de Hufeland.

℞ Tartre stibié	0,05 gram.	Oxymel scillitique	15 gram.
Poudre d'ipécacuanha	1,25 gram.	Eau distillée	30 gram.
Sirop de framboise	15 gram.		

A prendre par cuillerée à café tous les quarts d'heure.

La formule employée par Albers, de Bremen, est encore plus compliquée; la voici telle qu'on la trouve dans le *Journal de chimie médicale :*

Formule d'Albers.

℞ Camphre	0,25 gram.	Mucilage de gomme arabique	8 gram.
Émétique	0,05 à 0,10 gram.	Sirop de guimauve	25 gram.
Vin d'ipécacuanha.	2 gram.	Eau distillée	60 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerée à café tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, suivant les cas. Dans l'intervalle, faites boire de l'eau sucrée ou un mélange d'eau et de lait.

Je pourrais multiplier ces formules, mais il n'y aurait aucun profit réel. Il est facile de voir que l'émétique en est la substance vraiment agissante, et que l'ipécacuanha ne sert que d'adjuvant. Quant au camphre, Albers l'employait pour combattre le spasme supposé; mais aujourd'hui les idées ont changé sur ce point, et l'on regarde le camphre comme inutile.

Pour terminer ce qui est relatif à l'emploi de l'émétique, j'ajouterai que MM. Delarrocque (2) et Marrotte (3) ont cité des cas, sinon de laryngite pseudo-membraneuse confirmée, du moins de pharyngite pseudo-membraneuse tendant à envahir le larynx, qui ont promptement cédé à l'action de l'émétique donné à haute dose et administré sans relâche.

L'*ipécacuanha* a été rarement administré seul comme vomitif. Le plus souvent,

(1) Voy. *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. III, p. 23.
(2) *Bulletin thérapeutique.*
(3) *Gazette médicale de Paris*, janvier 1842.

comme on l'a vu dans les formules précédentes, on l'a associé à l'émétique, et Desessartz surtout n'a jamais négligé cette association. Voici la préparation la plus simple donnée par ce praticien; car il est inutile de présenter la formule de son *sirop contre la toux des enfants*, embarrassée de plusieurs substances sans efficacité réelle :

Formule de Desessartz.

℞ Eau chaude.......... 30 gram.	Miel blanc.................... 10 gram.
Émétique............ 0,10 gram.	

Ajoutez, après avoir mêlé ces substances :

Ipécacuanha réduit en poudre impalpable............. 0,60 gram.	Eau de fleur d'oranger......... 4 gram

Mêlez exactement. Conservez pour l'usage; agitez la bouteille toutes les fois que vous voudrez employer le médicament.

DOSES :	
Avant un an........ 1/2 cuillerée à bouche.	A deux ans............. 1/4 de cuillerée.
	A un âge au-dessus....... 1 cuillerée.

Renouveler cette dose tous les quarts d'heure, jusqu'à ce que la respiration devienne libre.

Il est évident que nous ne pouvons attribuer à l'ipécacuanha aucune vertu particulière contre la maladie dont il s'agit.

On a joint aussi à l'ipécacuanha le *kermès minéral*, mais toujours à des doses trop faibles pour qu'on puisse lui accorder une action bien grande. Je me bornerai donc à indiquer la formule employée par le docteur Dancy (1) :

℞ Eau bouillante.................................... 60 gram.

Versez-les sur :

Racine d'ipécacuanha.................................. 0,80 gram.

Laissez infuser pendant vingt minutes.

A joutez :

Kermès minéral....... 0,10 gram. | Sirop de Tolu.......... 15 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerée à bouche de quart d'heure en quart d'heure.

Sulfate de cuivre. — J'ai déjà eu occasion de parler de ce médicament à propos du pseudo-croup, et j'ai fait voir alors que le plus grand nombre des succès obtenus par son emploi étaient des guérisons de faux croup. Il est cependant quelques cas où l'on ne peut pas méconnaître l'existence du vrai croup, et qui ont eu une issue heureuse sous l'influence du sulfate de cuivre. Je ne citerai pour exemple que la première observation du mémoire de M. Droste (2), où se trouve constatée l'expulsion d'une pseudo-membrane rendue en masse pendant le premier vomissement provoqué par le sulfate de cuivre. Or, si l'on se rappelle ce qui a été dit à l'occa-

(1) *Journal de médecine*, t. XXI, p. 93, février 1811.
(2) *Heidelbergische klinische Annalen*, 1834.

sion de l'émétique, on ne doutera pas que le sulfate de cuivre, ayant produit cet effet favorable, n'ait amplement contribué à la guérison.

Mais le sulfate de cuivre n'agit-il que comme vomitif, ou bien a-t-il en même temps une action spécifique? La plupart des médecins qui l'ont employé admettent sans hésiter l'existence de cette double action, et voici comment le docteur Frelitz (1) l'explique : « C'est alors (lorsque la pseudo-membrane est formée) que le vomissement par le sulfate de cuivre agit d'une manière miraculeuse, non-seulement en évacuant la lymphe coagulée qui vient transsuder et s'accumuler dans les bronches, mais encore en agissant d'une manière particulière sur la sensibilité des nerfs des poumons et du larynx, en la changeant, et en produisant pour ainsi dire une contre-irritation dans l'estomac et dans les intestins, et en excitant une espèce de crise par les sueurs, ou en arrêtant le travail de la transsudation. » Il est facile de voir que cette explication pourrait tout aussi bien s'appliquer aux effets de tout autre vomitif puissant, et que les choses se passent de la même manière lorsque l'on administre des doses élevées de tartre stibié. Mais ce qui doit nous faire penser, avec Gittermann, que le sulfate de cuivre n'agit pas réellement d'une manière spécifique, c'est que ces succès ont lieu précisément dans les mêmes circonstances que les succès dus à l'émétique, c'est-à-dire lorsqu'on a pu obtenir, par le vomissement, l'expulsion du produit morbide.

Plusieurs praticiens allemands, parmi lesquels il faut citer les docteurs Frelitz, Serlo, Malin (2), ont adopté cette médication, et l'ont beaucoup préconisée. Malheureusement, ainsi que l'a fait sagement observer le rédacteur des *Archives* (t. VII, 2e série, p. 126), on n'a point analysé les faits, et l'on n'a pas indiqué le nombre des guérisons et des morts, en sorte que toute appréciation exacte de ce moyen est impossible. En France, on pense que son administration est dangereuse; mais, comme je l'ai déjà fait remarquer dans l'histoire du pseudo-croup, les faits prouvent que cette crainte est exagérée, car, en se renfermant dans les doses prescrites, on n'a jamais causé d'accidents; aussi, depuis l'époque où j'écrivais ces lignes, des essais ont-ils été faits en France, et je citerai ceux de M. Béringuier, chirurgien de l'hôpital de Rabastens.

Ce médecin a publié dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*, 1846, un mémoire très intéressant sur le traitement du croup par le sulfate de cuivre. Il a cité six faits de guérison dans lesquels le diagnostic ne peut pas être contesté, et qui, par conséquent, parlent très hautement en faveur de cette médication.

Il donne le sel à dose vomitive de la manière suivante :

[illegible] cuivre non effleuri. 0,20 gram. | Sucre en poudre............. 0,60 gram.

Faites une poud[illegible]ène, divisez en deux paquets. Dissolvez un paquet dans une tasse de porcelaine avec une [illegible]ée d'eau tiède et administrez sur-le-champ.

Au bout de cinq minutes, administrez le second paquet si le vomissement n'a pas encore eu lieu.

Ce vomitif a pu être répété douze fois sans accident chez un jeune enfant.

(1) *Journal de Hufeland*, traduit dans le *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1831, t. II, p. 310.

(2) *Journal de Hufeland*, janvier 1834.

Plus récemment, de nouveaux faits se sont présentés dans la pratique. Le docteur Marel (1) cite huit cas de croup traités par le sulfate de cuivre, et dit n'avoir eu que deux cas d'insuccès; encore, ajoute-t-il, des deux malades qui ont succombé, l'un n'a été traité que quelques heures avant la mort, l'autre n'a pas été soigné avec toute l'énergie convenable; six ont guéri parfaitement.

M. Marel donne le sulfate de cuivre à la dose de 10 centigrammes dans 125 grammes de liquide, une cuillerée toutes les dix minutes, sans négliger les autres moyens habituellement mis en usage.

M. Frelitz (*loc. cit.*) veut qu'on n'ait jamais recours qu'à de très petites doses de sulfate de cuivre au début de la maladie, et qu'on attende, pour le donner à dose vomitive, la formation de la pseudo-membrane. M. Droste, au contraire, le prescrit à dose vomitive dès le premier jour. Cette dernière manière n'a jamais eu d'inconvénients. On trouvera la dose dans les *ordonnances*.

Sulfate de quinine. — Le docteur Puls (2) attribue au sulfate de quinine une très grande efficacité. Il administre ce sel en lavements, comme il suit :

℞ Sulfate de quinine.....	0,20 gram.	Sucre....................	2 gram.
Calomel.............	0,10 gram.		

Divisez en quatre paquets. Un paquet pour un petit lavement.

Les quatre lavements sont donnés : les deux premiers à une demi-heure d'intervalle, les deux autres après une et deux heures.

On peut renouveler, s'il y a lieu, cette dose dans les vingt-quatre heures.

J'ai lu attentivement les trois observations rapportées dans le journal cité plus haut, et je n'ai pas été convaincu qu'il s'agît de véritables cas de croup, ou plutôt j'y ai trouvé plusieurs motifs de penser le contraire. Je me borne à dire ici que la gorge ne paraît pas avoir été examinée, qu'il n'y a pas eu d'expectoration de fausses membranes et que des intervalles de bien-être parfait ont existé.

J'ajoute que le sirop d'ipécacuanha a été donné en même temps. C'est donc un moyen à expérimenter de nouveau.

Purgatifs. — Les purgatifs plus ou moins violents ont été employés par un grand nombre de praticiens; mais ce moyen, qui peut avoir un certain degré d'utilité, n'a jamais été employé seul, et l'on ne peut lui attribuer aucun cas de guérison; c'est donc un adjuvant qui trouvera sa place dans les ordonnances, et sur lequel il serait peu utile d'entrer dans de plus longs détails.

MÉDICAMENTS AUXQUELS ON ATTRIBUE UNE CERTAINE VERTU SPÉCIFIQUE.

Sulfure de potasse. — Ce médicament a été très fréquemment employé dans la laryngite pseudo-membraneuse, et on lui a tour à tour accordé une grande efficacité, ou attribué des inconvénients réels. Parmi les nombreux auteurs qui l'ont le plus chaudement recommandé, il faut citer Lobstein et le professeur Fritze (de Magdebourg) (3).

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 avril 1850, et *Gaz. des hôpitaux*, mars 1850.
(2) *Bull. gén. de thér.*, septembre 1848.
(3) Voyez sa méthode (qui du reste est compliquée) dans le *Journal de méd. et de chir. prat.*, II, p. 78. Nous nous contentons d'ajouter qu'il emploie, concurremment avec le foie de

Le foie de soufre n'est pas, à beaucoup près, un médicament innocent, et quelques précautions que les médecins qui le conseillent apportent dans son administration, ils en redoutent l'action délétère.

MM. Barthez et Rilliet (1) disent avoir vu, chez un sujet, la toux devenir humide et l'amélioration se déclarer dès qu'on administre le sulfure de potasse. De plus, au milieu de quelques cas semblables qu'ils citent, j'en remarque quatre qui leur ont été signalés par M. Maunoir (de Genève), et qui, ayant été traités par ce médecin, ont tous guéri. Chez trois, M. Maunoir donna :

℞ Looch blanc.............. n° 1. | Sulfure de potasse.. 0,60 à 0,90 gram.

Mêlez. A prendre dans les vingt-quatre heures ; et, de plus, quelques vomitifs.

La médication fut donc complexe.

Chez le quatrième sujet, le traitement consista uniquement dans l'administration du sulfure de potasse. Celui-là seul serait concluant. Mais l'enfant eut-il des vomissements ?

Pour moi, les faits rapportés par un aussi habile observateur que M. Maunoir ont une grande importance ; mais ils ne sont encore ni assez nombreux, ni, je pense, assez concluants pour nous faire changer complétement d'opinion.

Polygala. — Une autre substance qui a joui d'une grande réputation est le *polygala sénéga*. Ce médicament, mis d'abord en usage par Archer, du comté de Hartford, dans le Maryland, fut bientôt adopté par une foule de praticiens ; mais les expériences nombreuses qui ont été faites dans tous les pays ne sont guère de nature à porter la conviction dans un esprit sévère.

Cependant il faut remarquer que le polygala sénéga a une action vomitive et purgative assez prononcé, et que, sous ce rapport, il se rapproche du médicament dont jusqu'ici l'efficacité nous a paru la plus prononcée : le tartre stibié. Aussi M. Bretonneau a-t-il conservé au polygala une place dans la médication interne de la diphthérite. Il l'administre comme produisant « une action spéciale sur la membrane phlogosée des canaux aérifères, dont elle active et modifie la sécrétion. » (*Loc. cit.*, p. 241.) Voici comment le polygala était administré par John Archer :

℞ Polygala sénéga concassé. 15 gram. | Eau de fontaine.......... 240 gram.

Faites bouillir dans un vaisseau clos jusqu'à réduction de 120 grammes. A prendre par cuillerées à café toutes les heures ou toutes les demi-heures, selon l'intensité des symptômes.

On peut administrer tout simplement le polygala ainsi qu'il suit, et il acquiert même alors une vertu vomitive plus forte, l'eau ne dissolvant qu'imparfaitement son principe actif.

℞ Polygala sénéga...... 0,20 gram. | Eau...................... 4 gram.

Délayez la poudre et administrez-la.

soufre, des *lavements de vinaigre*, et des *frictions* sur le cou avec un mélange d'*onguent mercuriel* et d'un *liniment volatil*, en ayant soin de recouvrir les parties frottées avec un morceau de flanelle.

(1) *Traité pratique des maladies des enfants*, t. I, p. 335.

Sels alcalins. — Je dirai peu de chose des médicaments de cette espèce, qui ne sont guère usités aujourd'hui. En les administrant, on avait pour but de dissoudre la fausse membrane. Rechou employait le *sous-carbonate d'ammoniaque* à l'intérieur et à l'extérieur; mais cette substance, dont l'usage n'est pas sans danger, fut bientôt abandonnée. Chamerlat (1) cite plusieurs cas où il prescrivit avec succès un gargarisme ou collutoire fait avec le *chlorhydrate d'ammoniaque*; mais ce traitement se rapprochant de la médication topique, je le rappellerai plus loin. M. Mouremans (2) a rapporté un cas de guérison de laryngite pseudo-membraneuse survenue dans le cours d'une rougeole, et qui fut traitée par le *bicarbonate de soude*. Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien les faits sont insuffisants pour servir de base à un jugement sûr. Tout ce que nous pouvons constater, c'est que l'opinion générale accorde peu de confiance à ces médicaments. Voici toutefois la formule de M. Mouremans :

℞ Bicarbonate de soude.. 2,50 gram. | Eau de laitue............ 120 gram.

Faites dissoudre ; ajoutez :

Sirop de mûre.. 30 gram.

A prendre par cuillerées à café toutes les cinq minutes.

Préparations mercurielles. — L'action du mercure se faisant sentir d'une manière remarquable sur la muqueuse de la bouche et de la gorge, on a dû être tout d'abord porté à employer cette substance dans une maladie qui a pour siége la dernière de ces parties ; aussi presque tous les praticiens ont-ils recommandé fortement son emploi.

Suivant M. Bricheteau, Thomas Bond (de Philadelphie), passe pour avoir le premier donné le calomel dans le croup. Cette pratique fut bientôt adoptée non-seulement en Amérique, mais en Europe. Parmi ceux qui s'empressèrent de l'employer, Autenrieth se distingue par son extrême confiance dans le calomel, et par les doses considérables qu'il en donnait, dans le but de déplacer l'irritation et de la porter sur l'intestin. Nous examinerons les faits tout à l'heure.

Calomel. — Existe-t-il quelques cas de véritable croup guéris par l'emploi du calomel seul ? Je ne le pense pas. Cependant, je le répète, les médecins les plus distingués n'ont pas hésité à lui donner une des premières places parmi les substances destinées à combattre cette maladie. Je me vois donc dans la nécessité de m'en rapporter aux opinions des auteurs, ne trouvant dans leurs observations rien qui puisse me faire apprécier rigoureusement la valeur du remède.

C'est comme provoquant un afflux considérable de liquide vers la gorge, et comme rendant, par là, la fausse membrane moins tenace et moins prompte à se produire, qu'on a principalement administré le calomel. Pour obtenir ce résultat, il faut le donner à doses fractionnées et médiocrement considérables ; on s'en tiendra donc, comme le recommande Guersant, à la dose de 25 à 50 milligrammes toutes les demi-heures.

(1) *Journal de méd.* de Corvisart, t. XXVII.
(2) *Encyclop. des sciences méd.*, 1839.

Cette manière d'administrer le protochlorure de mercure n'est pas sans danger. M. Bretonneau (*loc. cit.*, p. 196) a, par ses observations et ses expériences, mis ce fait hors de doute. Il a vu 0,15 grammes de cette substance produire la salivation, et 0,25 grammes, divisés en trois doses égales et prises *dans l'espace de six jours*, déterminer, outre la salivation, des ulcérations couenneuses dans la bouche, rebelles pendant plusieurs semaines à la thérapeutique la plus variée. Le praticien doit donc être bien prévenu de la possibilité de ces accidents, afin de surveiller avec le plus grand soin l'action du remède.

Ce qui me paraît prouver que c'est effectivement à dose faible que le protochlorure de mercure a ces inconvénients, c'est qu'on ne les trouve pas mentionnés dans les écrits des médecins qui, comme Physick, Autenrieth et J. Hamilton, donnaient ce médicament à dose élevée. J. Hamilton prescrivait les doses suivantes :

Aux enfants d'un an, toutes les heures.................	0,10 gram.	Aux enfants de deux ans......	0,13 gram.
		— de trois ans.......	0,15 gram.

Et ainsi de suite.

Autenrieth en a donné jusqu'à 2 *grammes en vingt-quatre heures* à un enfant de cinq ans et demi.

Je crois que c'est ici le lieu d'indiquer le traitement de M. le docteur Krauss, qui renferme un certain nombre des moyens que je viens de passer en revue.

M. Krauss (1) prescrit d'abord la potion suivante :

℞ Kermès minéral.......	0,60 gram.	Chlorhydrate d'ammon......	1,25 gram.
Sulfure de potasse.....	0,75 gram.	Teinture de cantharide.....	» (2).
Sirop de polygala......	30 gram.		

Prendre toutes les demi-heures une cuillerée à thé de cette potion.

Plus tard, M. Krauss prescrit :

℞ Calomel.............	0,40 gram.	Sucre blanc................	4 gram.

Divisez en huit prises, dont on administrera une toutes les heures.

L'auteur affirme que, par ce traitement, il guérit la plupart de ses malades ; mais ne l'a-t-il pas appliqué quelquefois au pseudo-croup ?

M. Miquel (d'Amboise) (3) donne, dans les cas de croup avec ou sans angine couenneuse, toutes les heures, alternativement, 10 centigrammes de calomel, et 10 centigrammes d'alun. C'est à l'intoxication mercurielle qu'il rapporte principalement les bons effets de ce traitement.

Frictions mercurielles. — C'est aux mêmes titres qu'on a conseillé les frictions mercurielles, et il n'est pas permis de se prononcer plus positivement sur leur efficacité. On les pratique ordinairement sur les parties latérales du cou ; cependant le

(1) *Traité sur le croup.*

(2) Dans le *Journal de méd. et de chir. prat.*, où je prends cette formule, je trouve 60 grammes de teinture ; mais cette quantité est si grande, qu'il doit y avoir erreur, c'est pourquoi je la laisse en blanc.

(3) *Lettre adressée à Messieurs de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire.* Tours, 1849.

docteur Couch (1) les fait faire sur la partie interne des cuisses, et son but est de déterminer promptement la salivation, en opérant sur une grande surface. Quel que soit le lieu que l'on choisira, on agira de la manière suivante :

1° *Chez un enfant d'un an :*

℞ Cérat simple........... 2 gram. | Onguent mercuriel.......... 1 gram.

Pour une friction pratiquée pendant deux minutes, et renouvelée trois fois par jour.

2° *Chez un enfant de deux à quatre ans :*

℞ Cérat simple............ 4 gram. | Onguent mercuriel......... 4 gram.

Mêlez. Pour trois frictions de trois minutes de durée, dans les vingt-quatre heures.

3° *Au-dessus de cet âge :*

On emploiera de 2 à 4 ou 6 grammes d'onguent mercuriel pur, pour chaque friction, et l'on pourra augmenter la dose suivant les cas.

Le médecin devra toujours surveiller l'état de la bouche, afin de prévenir, s'il est possible, une salivation trop abondante.

M. le docteur Nicolas (2) a cité deux cas dans lesquels des frictions faites toutes les deux heures sur les régions antérieure et latérales du cou, sur la partie antérieure de la poitrine et sous les aisselles avec l'*onguent mercuriel double et pur*, furent suivies d'un prompt succès, bien que le croup fût à sa période extrême. Dans le premier cas, l'enfant avait sept ans ; on employa 96 grammes d'onguent. Dans le second, l'enfant n'avait que cinq ans ; il n'en fallut que 64 grammes. Des fausses membranes et des mucosités épaisses furent rejetées en abondance. Pour en faciliter l'expulsion, M. Nicolas fit placer du *tabac sous les narines*, l'enfant l'aspira malgré lui, et l'éternument provoqué facilita cette expulsion.

Topiques irritants appliqués sur la peau. — Il est rare qu'en même temps qu'on emploie les médicaments précédents, on n'ait pas recours à quelques applications irritantes sur une partie du corps plus ou moins éloignée de l'organe malade. Quelques praticiens ont même accordé une très grande importance à ces applications, que je vais passer rapidement en revue.

Vésicatoires. — Desessartz est un de ceux qui ont le plus vanté ce moyen. Suivant lui (*loc. cit.*, p. 53), « le vésicatoire, placé dans le principe après le second et le troisième accès, mettrait à l'abri, non-seulement des progrès de la maladie, mais encore de sa continuité et de sa récidive. » Il est bien à craindre que cet auteur n'ait eu en vue, quand il a écrit ces lignes, que des cas de [illegible] croup, car si l'on parcourt avec attention les observations publiées même par les médecins qui ont accordé une valeur assez grande au vésicatoire, on ne trouve pas un seul cas où l'on puisse attribuer la guérison à ce moyen.

[Ce moyen, du reste, n'a jamais joui d'une grande vogue ; il a été comme tant d'autres emprunté à une thérapeutique qui compte avant tout sur les moyens per-

(1) *The Annals of med. and surg.*, vol. I, 1817.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 30 janvier 1851.

turbateurs. Dans ces dernières années, M. Bretonneau a renoncé à l'emploi du vésicatoire en pareil cas, et M. Trousseau s'est élevé avec force contre ce remède dont le résultat est de produire une plaie sur laquelle on a vu plus d'une fois se montrer la diphthérite qu'on avait pour but de combattre. Nous pensons donc qu'en général il n'y a pas d'indications particulières pour l'application de vésicatoires en cas de croup, et que le plus souvent ce remède est plus nuisible qu'utile.]

Sinapismes, pédiluves sinapisés. — A l'égard des sinapismes, on lit dans le précieux travail de M. Bricheteau (p. 391), qu'Albers et Royer-Collard affirment avoir sauvé chacun un enfant par l'application prolongée des sinapismes aux pieds et aux jambes. Mais la question du diagnostic revient ici plus grave que jamais; et d'ailleurs nous ne pouvons pas apprécier le reste de la médication, car il n'est rien moins que probable que ces médecins aient borné leur traitement à la simple application des sinapismes. Il faut reconnaître, avec M. Bretonneau, que l'action de ce moyen est sans aucun rapport avec l'intensité de la maladie, et le placer parmi les simples adjuvants. J'en dis autant des *pédiluves sinapisés.*

Antispasmodiques et narcotiques. — Avant que la distinction entre la laryngite striduleuse et la laryngite pseudo-membraneuse fût bien établie, on a dû nécessairement regarder les antispasmodiques comme avantageux, puisqu'ils avaient pour effet de calmer les accès de la première de ces deux maladies; aussi ne faut-il pas s'étonner que les premiers praticiens les aient chaudement recommandés. Aujourd'hui on ne peut leur attribuer qu'une valeur bien secondaire, et c'est pourquoi je me bornerai à dire qu'on a mis en usage le *camphre*, le *musc*, l'*asa fœtida*, le *zinc*, l'*éther*, etc., etc., renvoyant à l'article *Pseudo-croup* pour les détails de l'administration de ces médicaments.

Sans placer les *narcotiques* au rang de remèdes importants dans le traitement du croup, je crois qu'on peut leur accorder un peu plus de valeur qu'aux antispasmodiques. Ils ont pour effet de rendre le besoin de respirer moins impérieux, et de procurer aux malades un sommeil plus calme, effet dont il est inutile de signaler les avantages. L'*opium*, le *datura stramonium* et la *belladone* sont les trois substances qu'on doit employer de préférence. J'indiquerai les doses dans les ordonnances.

L'opium a été quelquefois employé en frictions. Ainsi, sur quinze cas de croup, le docteur Welther (1) dit en avoir guéri douze par l'emploi de la pommade suivante :

℞ Opium en poudre..... 4 à 8 gram. | Axonge................. 60 gram.

[illegible] tout le corps, excepté la tête, toutes les deux heures, de manière à épuiser la dose en vingt-qua[illegible]nte-six heures. Il faut répéter cette quantité deux ou trois fois, rarement quatre ou cinq, pour obtenir une guérison complète.

Je me borne à cette simple indication, car tout porte à croire que parmi ces cas, le plus grand nombre appartenait au *pseudo-croup*.

De quelques autres médicaments proposés par divers auteurs. — Si l'on voulait parler en détail de tous les remèdes opposés à la maladie qui nous occupe, il faudrait entrer dans des développements aussi longs qu'inutiles. J'ai exposé jusqu'à présent

(1) *Medic. corresp. Blatt*, 1852, et *Bull. gén. de thérap.*, 15 décembre 1852.

les principaux, à part la *cautérisation* et la *trachéotomie ;* je me contenterai d'indiquer les suivants : les *lavements vinaigrés*, principalement recommandés par Autenrieth; les *sternutatoires*, les *affusions froides*, dont l'action n'a pas été rigoureusement appréciée, et que MM. Barthez et Rilliet (1) ne conseillent que dans les cas désespérés ; le *quinquina*, le *galvanisme*, les *sudorifiques*, etc., etc. La médication du croup est assez encombrée pour qu'on n'insiste pas sur des moyens dont l'efficacité est aussi problématique.

MÉDICATION TOPIQUE.

Caustiques liquides. — C'est à M. Bretonneau qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir popularisé cette médication, qui, dans un certain nombre de cas, a eu l'avantage, soit d'arrêter la fausse membrane dans sa progression vers le larynx, soit de provoquer son expulsion lorsqu'elle y était parvenue, soit enfin de modifier l'inflammation spéciale qui caractérise la laryngite pseudo-membraneuse. On avait sans doute employé, avant lui, certains topiques irritants dans les maux de gorge de mauvais caractère ; mais M. Bretonneau, en montrant que, dans un grand nombre de cas, l'inflammation diphthéritique marchait du pharynx au larynx, nous apprit le premier à borner les effets de cette inflammation en l'attaquant à sa source.

C'est l'*acide chlorhydrique* qui fut d'abord mis en usage par ce célèbre praticien, et voici les préceptes qu'il donne pour son application (*loc. cit.*) :

1° CAUTÉRISATION PAR L'ACIDE CHLORHYDRIQUE, PROCÉDÉ DE M. BRETONNEAU.

Prenez une éponge fine, qui, humectée et ensuite bien essuyée, doit avoir, *pour un adulte*, le volume d'un œuf de pigeon, un tiers de moins *pour un enfant de dix ans*, et moitié moins *pour un enfant moins âgé*. Crispée par l'action de l'acide, et convenablement exprimée, cette éponge se trouve réduite à presque la moitié de son volume.

Fixez-la sur une baleine flexible, de la manière suivante : Fendez-la crucialement (2) à sa petite extrémité, et introduisez dans l'incision l'extrémité de la baleine, sur laquelle vous la fixerez solidement avec de bonne cire à cacheter (3).

Chauffez et ramollissez au feu la tige de baleine, afin de lui donner une courbure qui vous permette de porter le caustique dans l'arrière-gorge, sans aller toucher le palais.

Ces préparatifs étant faits, placez le malade sur une chaise, ou bien faites-le asseoir dans son lit, la face tournée vers une fenêtre ou vers la lumière d'une bougie. Un aide maintiendra la tête en arrière et fixée contre sa poitrine.

Alors imbibez l'éponge d'acide concentré, et pressez-la de manière qu'elle reste

(1) *Traité des maladies des enfants*, p. 361.

(2) Charcellay, dans *Gazette médicale*, t. VII, p. 409.

(3) Je pense qu'il vaut mieux faire une rainure circulaire à l'extrémité de la tige, et fixer l'éponge sur la baleine avec un fil ciré que l'on recouvre ensuite de cire à cacheter, pour qu'il ne soit pas détruit par l'action de l'acide concentré.

simplement humectée (1), si l'on aperçoit dans le pharynx les limites de la pseudo-membrane. Mais si celle-ci est déjà hors de la portée de la vue, mêlez le caustique à une quantité égale de miel, et imbibez davantage l'éponge, afin que le liquide se répande, autant que possible, sur toutes les parties affectées.

Abaissez ensuite la langue avec une cuiller tenue de la main gauche, et, portant rapidement l'éponge dans l'arrière-gorge, cautérisez légèrement, si le mal est borné au pharynx et si vous vous servez d'acide concentré. Si, au contraire, l'inflammation diphthéritique a gagné le larynx, tâchez de porter dans sa cavité le caustique adouci, en prenant les précautions suivantes :

Portez l'éponge au-dessus de la glotte, en relevant fortement l'extrémité que vous tenez à la main, puis exprimez quelques gouttes de liquide en exerçant un mouvement rapide de compression sur la base de la langue. Répétez cette manœuvre trois ou quatre fois de suite, afin de faire ruisseler une quantité suffisante de caustique sur la muqueuse laryngée.

La cautérisation sera faite une fois ou deux par jour, suivant les cas.

M. Bretonneau fait remarquer que si l'application caustique est réitérée à de trop courts intervalles, elle peut produire une ulcération qui se recouvre d'une concrétion blanchâtre, et tarde plus ou moins à se cicatriser. Il faut être prévenu de la possibilité de cet accident, afin de ne pas prendre une ulcération semblable pour le résultat de la maladie, et de ne pas prolonger sans utilité le traitement.

Nitrate d'argent. — Ce caustique est celui qu'on emploie le plus fréquemment aujourd'hui. M. Bretonneau lui-même y a recours, comme on peut le voir dans l'observation de M. Charcellay. Guersant reproche à cette substance de produire par elle-même une fausse membrane, ce qui en effet peut paraître, au premier abord, redoutable; mais si l'on remarque que dans aucune observation on ne voit cette fausse membrane accidentelle se développer d'une manière évidente et donner lieu à quelques accidents, on sera rassuré sur les suites d'une cautérisation qui mérite réellement la préférence qu'on lui accorde, par son efficacité et son innocuité. Cette cautérisation est en effet superficielle; l'excédant du liquide est bientôt décomposé par les mucosités, et son action sur la muqueuse, assez considérable pour modifier l'inflammation, ne l'est pas assez pour produire la désorganisation que l'on a à craindre de la part des acides concentrés.

2° CAUTÉRISATION AVEC LE NITRATE D'ARGENT.

La manière d'appliquer ce caustique est la même que celle qui a été décrite plus haut; seulement, l'éponge ne se crispant point, il faut la choisir un peu moins grosse. Quant aux doses, elles sont très variables, suivant les auteurs. Voici celle qui fut mise en usage par MM. Bretonneau et Charcellay (*loc. cit.*) chez un adulte :

℞ Nitrate d'argent....... 15 gram. | Eau distillée.............. 45 gram.

Dissolvez. Faites une cautérisation deux ou trois fois par jour.

(1) M. Bretonneau prend cette précaution, afin que, dans les mouvements convulsifs de l'isthme du gosier, le liquide exprimé n'étende pas son action au delà du point qu'il veut cautériser. De cette manière, il est plus facile de diriger l'action du caustique et de la graduer qu'en l'affaiblissant avec diverses proportions de miel.

La quantité de nitrate d'argent est, comme on le voit, proportionnellement très considérable; souvent on élève beaucoup moins la dose : ainsi M. Marrotte (*loc. cit.*) a employé la formule suivante :

℞ Nitrate d'argent...... 2 à 3 gram. | Eau distillée.............. 16 gram.

Dissolvez.

C'est au praticien à graduer la force du caustique suivant l'effet qu'il veut produire.

Plusieurs autres caustiques ont été mis en usage : ainsi l'on a employé l'*acide sulfurique* et le *nitrate acide de mercure*. Ces acides agissent comme l'acide hydrochlorique, et doivent être appliqués de la même manière.

Caustiques pulvérulents, cathérétiques. — Parmi ces médicaments, il faut citer en première ligne l'*alun*, qui a été adopté par quelques médecins avec tant d'enthousiasme, qu'on a été jusqu'à lui donner le nom de *poudre anticroupale*. Déjà Arétée, Carnevale et les auteurs du XVIe siècle cités par M. Bretonneau avaient recommandé cette substance; mais c'est à ce dernier que l'on doit de l'avoir fait entrer définitivement dans la thérapeutique du croup.

L'alun est employé sous forme pulvérulente et en insufflations. M. Bretonneau a inventé à cet effet un instrument dont j'ai donné plus haut la description, mais que l'on peut remplacer par un tube de verre ou par un roseau, à la manière d'Arétée. Néanmoins on ne doit pas faire faire des *aspirations pulvérulentes* aux malades comme dans la laryngite chronique, la maladie trop grave ne le leur permettant pas. C'est donc le médecin, ou la personne qui donne des soins au malade, qui insufflera la poudre. L'insufflation aura lieu trois ou quatre fois par jour, et chaque fois on emploiera au moins *un gramme* de poudre d'alun.

M. Bretonneau a plusieurs fois obtenu du succès de l'application de l'alun, lorsque la fausse membrane n'avait pas atteint le larynx; mais on ne peut pas, même dans ces cas, attribuer uniquement la guérison à ce médicament; car beaucoup d'autres moyens énergiques avaient presque toujours été employés concurremment. Dans ceux où la fausse membrane est encore bornée au pharynx, on peut *toucher* les parties malades avec la poudre d'alun, sans employer l'insufflation; pour cela, il suffit de couvrir l'extrémité du doigt indicateur, préalablement humectée, d'une couche épaisse d'alun qu'on promène ensuite rapidement sur le pharynx. On pourrait aussi se servir d'une tige entourée à son extrémité d'un tampon de linge fin.

Les *chlorures de chaux* et de *soude* secs et pulvérulents pourront être employés de la même manière; mais les insufflations devront être [illegible]ées avec un peu moins de force, et l'on n'élèvera pas autant la dose du médicament; 30 ou 40 *centigrammes* suffiront pour une insufflation.

Préparations mercurielles. — Le *calomel* est, de toutes ces préparations, celle qu'on met le plus fréquemment en usage. On peut toucher directement le pharynx avec cette substance, lorsque la fausse membrane y est encore limitée; mais lorsque le larynx est envahi, il faut avoir recours à l'insufflation. On prend :

Calomel................ 1 gram. | Sucre en poudre.......... 20 gram.

Mêlez. Pour chaque insufflation, introduisez dans le tube, ou l'instrument de M. Guillon, une forte pincée de cette poudre, et poussez-la avec force dans l'arrière-gorge, en choisissant, autant que possible, le moment où le malade fait une inspiration, ce qui entraîne le médicament dans le larynx.

Le *précipité rouge* a également été employé par M. Trousseau à la dose suivante :

℞ Précipité rouge........ 1 partie | Sucre candi en poudre.... 12 parties.

Mêlez exactement. Pratiquez les insufflations comme il vient d'être dit.

Quelle que soit l'utilité de ces médicaments topiques, on ne peut leur accorder qu'une confiance très limitée, car il n'y a pas d'exemple qu'ils aient procuré la guérison sans le concours d'une autre médication très active. Pendant que les autres remèdes agissent, ils servent à borner l'inflammation et à la modifier ; mais il est douteux que par eux seuls on puisse se rendre maître du mal. D'ailleurs on ne doit pas oublier qu'ils ont une valeur très différente suivant les cas. Si, par exemple, dans une épidémie de croup, on voyait, comme Boudet (*loc. cit.*) en a cité un cas remarquable, la pseudo-membrane descendre lentement du pharynx vers le larynx, on devrait recourir aux caustiques et aux cathérétiques, avec d'autant plus de confiance que, dans des cas semblables, on a, sinon très certainement, du moins très probablement, empêché la maladie de devenir mortelle en la fixant dans le pharynx et en lui fermant l'entrée des voies respiratoires.

[Le *chlorate de potasse* a été préconisé dans ces dernières années ; et peu s'en est fallu que les médecins qui, les premiers, en ont fait usage pour guérir le croup, ne crussent avoir trouvé un véritable spécifique. C'est en 1847 qu'on reconnut les véritables effets thérapeutiques du chlorate de potasse. Hunt et West en Angleterre, MM. Chancel et Herpin (de Genève) (1), l'employèrent avec succès dans diverses affections de la bouche. Plus récemment, des essais thérapeutiques de même nature furent faits par MM. Blache, Barthez, Bergeron, et par M. Isambert (2). Cette substance astringente, et dont les effets topiques sont incontestablement favorables dans la stomatite mercurielle et ulcéro-membraneuse, fut considérée comme pouvant guérir le croup. On ne l'administra plus sous forme de gargarisme ; on le fit prendre à l'intérieur en potions à la dose de 2 ou 3 grammes, et de nombreuses observations furent publiées pour démontrer que le chlorate, qui a une action pour ainsi dire élective sur les glandes de la muqueuse bucco-pharyngienne, pouvait arrêter les progrès des angines diphtéritiques. D'après M. Millard (3), il serait préférable de n'employer le chlorate que comme topique appliqué directement sur les surfaces malades. L'emploi du chlorate de potasse étant inoffensif et pouvant rendre des services au début des angines, alors surtout qu'elles sont localisées aux amygdales, il y a lieu de conseiller l'emploi de ce médicament, sauf à employer à temps des moyens plus énergiques.]

Reste une dernière question : *Quel est, parmi ces médicaments, celui qu'il faut*

(1) *Du chlorate de potasse, comme spécifique contre la salivation mercurielle*. Paris, 1856, in-8.

(2) *Études chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthéritiques*, thèse. Paris, 1856.

(3) Thèse. Paris, 1858.

choisir? La réponse est difficile, car aucun auteur n'a recherché la valeur thérapeutique proportionnelle de ces diverses substances, omission qui n'est que trop fréquente. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'une solution concentrée de nitrate d'argent remplit très bien toutes les conditions, et offre moins de danger que les acides. Mais les préparations mercurielles, comment agissent-elles? C'est encore là une question que s'est adressée M. Bretonneau, à propos du calomel, et qu'il n'a pu résoudre. Cependant il n'est pas éloigné de croire que le calomel agit uniquement comme topique, quand on le porte directement sur la muqueuse malade. La preuve, c'est qu'on détermine bien plus facilement la salivation par les frictions sur la peau que par l'insufflation de la substance. Ce sont là des points obscurs que nous devons peu espérer de voir éclaircir; car, dans une maladie comme le croup, où il faut agir si vite et si vigoureusement, on n'a guère la facilité de faire des expériences concluantes.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS DE CROUP.

1° Coucher le malade de manière qu'il ait la tête un peu plus élevée que le reste du corps.

2° Débarrasser la poitrine et le cou de tous les liens qui pourraient gêner ces parties.

3° Entretenir dans la chambre une température douce; préserver le malade des courants d'air.

4° Lui donner souvent à boire, pour éviter la sécheresse de l'arrière-gorge et introduire une grande quantité d'eau dans l'économie.

5° Entretenir autour de lui l'air dans un état d'humidité à l'aide de la vapeur d'eau.

TRACHÉOTOMIE.

Me voici parvenu à une question thérapeutique bien importante, et qui, avant ces dernières années, a soulevé bien des discussions. Il est donc nécessaire de l'examiner dans tous ses détails.

La trachéotomie a été, comme le fait remarquer Guersant, indiquée, dès la plus haute antiquité, dans le traitement des angines graves; et Stoll n'a pas été plus loin que ses devanciers, car lui-même (1) ne recommande cette opération que dans les cas d'*angine inflammatoire*, sans préciser davantage le diagnostic. Il restait donc à l'appliquer spécialement aux cas de croup, et c'est à E. Home qu'on doit rapporter cet honneur, quoique cet auteur n'ait eu l'idée de pratiquer l'opération que dans le but d'arracher la fausse membrane. Il dit (*loc. cit.*, p. 60): « Lorsque la fausse membrane est complétement formée, et qu'elle a acquis un certain degré de consistance, il me paraît impossible qu'aucun médicament, tant interne qu'externe, puisse la résoudre ou l'expulser des voies aériennes. Le seul moyen que nous ayons alors de sauver la vie au malade, est de tenter l'*extraction de cette membrane*, en faisant une incision à la trachée-artère. » Après Home, d'autres médecins ont parlé dans le même sens, mais il restait à mettre en pratique ce qui

(1) *Aphorismi de cogn. et cur. febr.* Vindob. 1786, aphor. 107 et 109.

n'était encore que conseillé. Borsieri (1) cita un cas d'opération suivie de succès, et pratiquée par Andree en 1782. Mais après avoir lu cette observation, ainsi que la version qui en a été donnée par le docteur White en 1784, on n'est pas parfaitement convaincu qu'il y eût un véritable croup. En effet, d'après Locatelli, qui avait communiqué à Borsieri tous les renseignements, il ne sortit qu'un flot de pus à l'ouverture de la trachée, et l'on ne découvrit pas dans la suite la moindre trace de fausse membrane. Quant à White, il ne fait aucune mention de l'existence de la fausse membrane dans son observation, qui d'ailleurs présente ceci d'incroyable, que l'*enfant, aphone avant l'incision de la trachée, recouvra une voix forte après cette incision.* Il n'en faut pas davantage pour jeter le plus grand discrédit sur un fait.

Quoi qu'il en soit de l'exactitude de ce diagnostic, la question restait toujours indécise; et la preuve, on la trouve dans la polémique qu'eut à soutenir Caron à l'époque du grand concours. Cet auteur avait pratiqué une fois la trachéotomie, mais sans succès; il n'en proclama pas moins avec ardeur les avantages de l'opération, et l'on sait quelles contradictions il trouva partout.

Malgré ces préceptes, auxquels on n'obéissait pas, malgré ces essais infructueux ou inaperçus, on peut dire que la trachéotomie appliquée à la laryngite pseudo-membraneuse était une opération nouvelle, lorsque M. Bretonneau osa la pratiquer, et obtint, après deux tentatives malheureuses, qui auraient infailliblement rebuté un médecin moins courageux, un éclatant succès sur un enfant qui allait succomber. Il put se dire alors qu'il venait de doter la thérapeutique du croup d'un moyen qui pouvait arracher les malades à une mort certaine. On aime d'autant plus à rendre cette justice à M. Bretonneau, que ce célèbre praticien a raconté les faits avec une simplicité et une modestie peu communes.

Dès lors M. Bretonneau, et un bon nombre de médecins encouragés par son exemple, n'hésitèrent plus à pratiquer la trachéotomie toutes les fois qu'elle leur parut indiquée, et aujourd'hui les succès sont trop nombreux pour qu'on songe à défendre cette opération autrement que par des chiffres. Le nombre des succès obtenus seulement en France est considérable, et, on peut le dire sans crainte, presque égal à celui qu'on doit à tout autre moyen. Cette proposition surprendra sans doute les médecins qui ont présents à l'esprit les faibles chiffres de mortalité donnés par Albers, Jurine, Vieusseux, etc.; mais qu'on n'oublie pas que le diagnostic de ces auteurs est peu précis, et que par conséquent il est certain qu'un bon nombre de pseudo-croups font partie des guérisons nombreuses qu'ils ont obtenues, car ces pseudo-croups étaient pour eux des croups.

Quant à moi, pour éclaircir cette question, j'ai rassemblé d'abord 54 observations dans lesquelles le diagnostic n'était nullement douteux, car la maladie était caractérisée par l'aphonie, la respiration sifflante, et l'expulsion de lambeaux membraneux ou leur présence dans le larynx après la mort, et j'ai trouvé 17 guérisons bien constatées sans opération. Puis, examinant ce qui se passe dans les cas de trachéotomie, j'ai vu, avec M. Bricheteau, que la trachéotomie réussit presque *une fois sur trois*, proportion tout à fait semblable à celle que je viens d'indiquer.

(1) *Instit. med. pract.* Lipsiæ, 1798.

Mais il est une considération d'une bien plus grande valeur, et qui donne une tout autre importance à la trachéotomie : c'est que, dans l'immense majorité des cas, cette opération a été pratiquée dans les circonstances les plus défavorables, lorsque toutes les autres médications étaient restées sans effet, et lorsque la gravité des symptômes et l'imminence de l'asphyxie annonçaient une mort prochaine. Qui ne voit qu'une seule guérison, dans de semblables circonstances, a bien plus de poids que plusieurs autres obtenues dans des cas où l'on a pu, dès le début, employer toutes les ressources de l'art? D'où il suit que la trachéotomie doit être regardée, relativement au croup, comme une véritable conquête médicale dont l'honneur appartient à M. Bretonneau, et toutes les préventions doivent tomber devant les faits. On est donc peu surpris de voir, dans ces dernières années, cette opération devenir très fréquente et recevoir l'approbation des meilleurs esprits. Je pourrais citer les succès obtenus par MM. Gendron, Senn, Petel, Maslieurat-Lagémard, Robert-Latour (1), Morand (de Tours) (2), Siccateau (3), Scoutetten (4), etc.; mais il me suffira d'indiquer le chiffre des opérations pratiquées par M. Trousseau et des guérisons qu'il a obtenues, pour montrer tout ce qu'on peut attendre de cette trachéotomie si redoutée de nos devanciers. M. Trousseau (5), le plus ardent défenseur de la trachéotomie, a pratiqué à lui seul près de deux cents fois cette opération, et, on peut le dire, sauvé la vie au quart des malades soumis à l'opération (6).

[Voici quel a été, d'après un relevé fait récemment par MM. Sée et Roger, le résultat de cette pratique à l'hôpital des Enfants, de 1850 à 1858 :

1850.		3 guérisons sur		10 opérés.
1851.		3 1/2	—	10
1852.	près de	3	—	10
1853.	à peine	1 1/2	—	10
1854.		2 1/2	—	10
1855.	près de	3	—	10
1856.	plus de	3	—	10
1857.	moins de	2 1/2	—	10
1858.	environ	3	—	10

La trachéotomie a sauvé un grand nombre d'enfants qui étaient sur le point de périr. C'est une opération contre laquelle ne s'élève aucune objection; car elle

(1) *Clinique des maladies des enfants*, vol. 1, p. 285.

(2) *Mémoires et observations cliniques sur l'ophthalmie scrofuleuse, le croup, la trachéotomie*. Tours, 1845, p. 127 et suiv.

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1843, t. XIII, p. 218.

(4) *Comptes rend. de l'Acad. des sciences*, 1844.

(5) Voy. le rapport de M. A. Bérard à l'Académie de médecine (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. VII, p. 270). Depuis l'époque où ce rapport a été fait, la proportion des guérisons par la trachéotomie n'a assurément pas diminué.

(6) Ceci a été écrit en 1842; je n'ai fait qu'y ajouter l'indication des faits rapportés par MM. Robert-Latour, Moreau, etc. Depuis lors des faits en grand nombre sont venus confirmer cette proportion ; et ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que la trachéotomie, mieux pratiquée à l'hôpital des Enfants, où jusqu'alors elle avait à peu près constamment échoué, y a enfin compté des succès, malgré les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent *les petits malades*. M. Trousseau, dans les deux dernières années, y a

n'est appliquée qu'à des cas pour ainsi dire désespérés. Elle est pratiquée aujourd'hui dans toute la France par une grande quantité de médecins qui se sont formés successivement à l'école de M. Trousseau, et des autres médecins spécialement attachés aux hôpitaux d'enfants (1). Malgré les succès nombreux et légitimes de la trachéotomie, il ne faudrait pas croire que cette opération fût applicable à tous les cas et à tous les degrés de la maladie, et qu'il fût indifférent de la pratiquer à tel ou tel moment. Les *indications* de la trachéotomie et les chances de succès de cette opération vont être exposées par nous aussi brièvement que possible : « On juge, dit M. Trousseau (2), qu'un enfant est arrivé à la période extrême du croup, par la teinte bleuâtre ou par l'extrême pâleur du visage, par l'enfoncement énorme de la partie inférieure du sternum dans les inspirations, par l'absence totale du murmure vésiculaire dans les poumons, par l'extrême fréquence et la petitesse du pouls, par une sorte de quiétude succédant aux efforts d'une lutte violente et suprême, enfin par un je ne sais quoi qui imprime sur le visage des signes d'une mort prochaine. » A ces signes se joint quelquefois l'*anesthésie* qui résulte de l'état asphyxique, ainsi que l'a montré M. Faure. Lorsque ces signes existent et que les moyens ordinaires ont échoué, il faut faire la trachéotomie. « En pareil cas, dit M. Trousseau, la trachéotomie est un devoir pour le médecin; et si l'enfant meurt, j'aurai une égale certitude que mon opération n'y aura été pour rien, et que, par conséquent, personne n'a le droit de mettre sur le compte de cette opération la mortalité plus grande du croup. »

MM. Bretonneau et Trousseau pensaient primitivement que la trachéotomie ne devait être faite que *in extremis*. Depuis plusieurs années M. Trousseau opère plus tôt. Cette pratique a été suivie par un grand nombre de médecins, et les résultats en ont été très satisfaisants. Sans doute on peut attendre, espérer que l'enfant rejettera les fausses membranes; mais il ne faut pas attendre que l'asphyxie soit complète, ce qui rendrait l'opération inutile. Il vaut mieux opérer plus tôt que plus tard. « Quand il s'agit, dit M. Trousseau, d'une maladie qui tue par un obstacle mécanique, quand nous voyons cet obstacle par les yeux de l'intelligence, quand nous pouvons mesurer son étendue, son accroissement, nous pouvons prévoir ce qui va arriver, et presque jamais nous ne nous trompons. » Quoique l'expérience nous ait appris que les enfants au-dessous de deux ans ne guérissent pas en général, peut-être faut-il néanmoins tenter également chez eux l'opération. Quant à l'opération pratiquée *in extremis* chez des malades qui paraissent près de mourir, elle a réussi un assez grand nombre de fois pour qu'on soit enhardi à la pratiquer, même dans des cas qui paraissent désespérés.]

Je suppose donc que l'opération est jugée nécessaire et parfaitement applicable; voici comment on devra y procéder (3) :

fait six fois la trachéotomie (voy. *Union méd.*, 9 octobre 1849), et deux enfants ont parfaitement guéri. Enfin M. P. Guersant (*Bull. gén. de thér.*, 15 octobre 1852) nous a récemment appris que sur 91 opérations pratiquées soit en ville, soit à l'hôpital, il a compté 31 succès, c'est-à-dire plus du tiers. Rien n'est donc mieux établi maintenant que l'utilité de la trachéotomie dans le croup.

(1) Il se fait environ 120 opérations de trachéotomie par an à Paris.

(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1858, t. XXIV, p. 214 et suiv.

(3) J'emprunte une grande partie des détails qui vont suivre à la thèse de concours de M. Lenoir, *sur la bronchotomie*, concours de 1841.

DESCRIPTION DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DE LA TRACHÉOTOMIE.

Les instruments nécessaires pour cette opération sont : 1° un bistouri droit ou convexe sur son tranchant ; 2° une sonde cannelée flexible ; 3° un bistouri boutonné et une paire de ciseaux un peu forts ; 4° des pinces et des fils à ligature (1) ; 5° un *dilatateur*, c'est-à-dire une espèce de pince à pansement, courte, un peu courbe sur le plat, et dont les deux branches forment à leurs extrémités un petit éperon saillant en dehors, destiné à accrocher la face interne des lèvres de la plaie faite à la trachée ; 6° des canules de diverses grandeurs ; 7° des écouvillons ; 8° une solution d'alun, de nitrate d'argent ou de potasse caustique pour toucher l'intérieur de la trachée après l'opération ; 9° enfin des éponges fines et de l'eau tiède. Déposez sur un plateau ces pièces d'appareil, puis recouvrez-les d'un linge.

Il est indispensable d'avoir au moins trois aides : le premier, placé en face de l'opérateur, a principalement pour fonction d'éponger, de comprimer les vaisseaux ouverts et d'écarter les lèvres de la plaie ; par là il s'oppose aux accidents de l'hémorrhagie, à la suffocation que peut produire l'afflux du sang dans la trachée, et peut-être aussi à l'entrée de l'air dans les veines. Le second maintient la tête fixe, et le troisième empêche les mouvements des membres qui pourraient déranger l'opérateur ; il serait bon d'en avoir un quatrième qui présenterait les instruments à mesure qu'ils deviendraient nécessaires.

On ne met pas les sujets dans l'insensibilité à l'aide des *inhalations de chloroforme ;* on comprendra combien l'emploi du chloroforme serait dangereux, alors précisément qu'il y a menace d'asphyxie.

Tout étant ainsi préparé, couchez le malade sur une partie recouverte d'un matelas, le tronc un peu élevé et la tête renversée en arrière, mais sans exagération, et de manière seulement à développer la région sur laquelle on va opérer. Placez-vous à droite, et, saisissant de la main gauche le larynx, attirez-le légèrement en haut pour le fixer et pour tendre légèrement la peau ; puis pratiquez avec le bistouri, sur la ligne médiane, une incision qui s'étende depuis le bas du larynx jusqu'au bord supérieur du sternum. Coupez avec précaution, mais en un ou deux coups au plus, la peau et l'aponévrose cervicale superficielle. Si les muscles sterno-hyoïdiens, mis alors à découvert, sont séparés par une ligne celluleuse, pénétrez dans ce point ; si, au contraire, ils sont, comme il arrive quelquefois, réunis de manière à ne former qu'un seul muscle, n'hésitez pas à diviser les fibres musculaires sur la ligne médiane. *Dans aucun cas*, il n'est besoin de donner à cette seconde incision *la même étendue qu'à celle de la peau.* Continuez à découvrir et à séparer de la même manière les muscles sterno-thyroïdiens ; faites absterger le sang avec une éponge fine, et à l'aide du doigt porté au fo[illegible] plaie, cherchez à sentir la trachée, tout en vous assurant, autant que possible, s'il n'y a pas au-devant d'elle une de ces anomalies artérielles assez fréquentes dans cette région. Rassuré de ce côté, ramenez le doigt au-dessous du point où vous voulez commencer l'incision de la trachée ; suivez avec lui tous les mouvements de l'organe, et enfin,

(1) Quoique dans la majorité des cas la ligature soit inutile, comme on le verra plus tard, il est prudent de se munir toujours de cette partie de l'appareil, car les circonstances peuvent être telles qu'on ait à s'applaudir de cette précaution.

dirigeant la pointe du bistouri le long du bord cubital de ce doigt, plongez l'instrument dans la trachée. Inclinez-en rapidement le manche en bas et en arrière; portez le tranchant en haut, et achevez de cette manière l'incision, qui doit diviser au moins les cinq premiers anneaux de la trachée. Immédiatement après, faites pencher le malade en avant, et, saisissant le dilatateur, écartez les lèvres de la plaie; aussitôt la respiration se rétablit, la toux et l'expectoration débarrassent la trachée, l'hémorrhagie s'arrête, et il ne reste plus qu'à conserver à l'air un accès libre et facile.

Tel est le procédé opératoire qui est aujourd'hui le plus généralement adopté Cependant il s'est élevé des discussions sur quelques points, et les objections son assez importantes pour mériter d'être examinées.

Quels sont d'abord les dangers de l'hémorrhagie, et est-il nécessaire de l'arrêter par la ligature des vaisseaux? les veines et les artérioles qu'on est obligé de diviser dans tous les cas sont, comme on sait, très nombreuses, et les premières, par suite de la stase sanguine, fournissent beaucoup de sang. Dans la crainte, 1° que cette hémorrhagie ne fût trop abondante, surtout chez les jeunes sujets; 2° que le sang ne s'introduisît avec trop de violence dans le canal aérien au moment de son ouverture, plusieurs chirurgiens pensent qu'il est nécessaire de lier les vaisseaux à mesure qu'on les divise; d'autres au contraire, parmi lesquels il faut citer principalement MM. Lenoir, Trousseau et A. Bérard, veulent qu'on néglige entièrement cette hémorrhagie et qu'on obvie à ses inconvénients par la rapidité de l'opération. Ces derniers ont pour eux les faits les plus nombreux et les plus concluants, et tous les raisonnements ne peuvent rien contre ce genre de preuves. Ils ont toujours vu, dès que l'ouverture de la trachée était achevée, l'hémorrhagie s'arrêter d'elle-même par suite du rétablissement de la respiration : il suffisait pour cela de placer immédiatement le malade sur son séant. Une certaine quantité de sang peut entrer, il est vrai, dans la trachée; mais les efforts de la toux l'ont bientôt expulsé, sans qu'il soit nécessaire d'employer le moyen mis en usage par M. Roux, qui, à l'aide d'une sonde introduite dans le canal aérien, aspirait le liquide qui l'obstruait. Ainsi nul doute que les craintes de ceux qui redoutent l'hémorrhagie dans des cas semblables ne soient exagérées.

Mais il est une circonstance qui pourrait changer entièrement la conduite de l'opérateur, c'est l'existence d'une anomalie artérielle au-devant de la trachée-artère. Voici, en pareil cas, comment on devrait agir :

CONDUITE DU CHIRURGIEN DANS LE CAS D'ANOMALIE ARTÉRIELLE.

Si vous trouvez au-devant de la trachée un gros vaisseau artériel, éloignez-le aussitôt du champ de l'action de l'instrument, en le repoussant de côté; si vous ne pouvez parvenir à ce résultat, modifiez sans hésiter la méthode opératoire, et faites la laryngo-trachéotomie au lieu de la trachéotomie.

Mais malheureusement on n'a le plus souvent connaissance de l'anomalie que lorsque l'artère est divisée. Si la force et la grosseur du jet du sang est telle que vous ne puissiez pas douter de l'accident, liez aussitôt non-seulement le bout inférieur de la division, mais encore le bout supérieur. Continuez ensuite l'opération suivant le procédé ordinaire.

Dans le cas où l'hémorrhagie serait due à la division d'un tronc veineux considérable, agissez de la même manière.

Pour éviter quelques-uns des accidents qui viennent d'être mentionnés, M. Récamier a imaginé de faire l'*opération en deux temps* séparés par un intervalle d'une ou plusieurs heures : l'incision de la trachée constituerait le second temps. Cette manière d'agir, dont les inconvénients sont évidents, surtout quand il s'agit du croup, où la promptitude de l'opération est si nécessaire, n'a point été adoptée.

INSTRUMENTS POUR FIXER LA TRACHÉE.

Quelques chirurgiens, remarquant la difficulté que les *mouvements de la trachée* opposent à son incision, ont imaginé des instruments pour maintenir cet organe fixe. Je citerai celui de Bauchot, qui consiste dans un croissant destiné à embrasser la partie antérieure de la trachée, et à la maintenir en place, et celui de Carmichael (1), présenté à la Société de médecine de Dublin, qui est très compliqué et dont la manœuvre n'est pas indiquée.

Aujourd'hui ces instruments sont inusités, et l'on préfère, ainsi qu'on l'a vu dans la description de l'opération, se guider avec le doigt, qui suit les mouvements d'inspiration et d'expiration. Bien plus, suivant M. Lenoir, on trouve un avantage à agir ainsi, car on peut profiter de la saillie et du mouvement de bas en haut que fait la trachée, à chaque inspiration, pour diviser les parties qui la recouvrent, et même pour commencer son incision.

AGRANDISSEMENT DE L'OUVERTURE TRACHÉALE.

Si, du premier coup, on n'avait point fait une *ouverture suffisante*, on introduirait rapidement, soit un bistouri boutonné, à l'aide duquel on couperait quelques anneaux cartilagineux de plus, soit la sonde cannelée flexible, sur laquelle on introduirait un bistouri pointu, dans le même but.

Enfin quelques praticiens ont conseillé, pour éviter toute *déviation* de l'instrument, soit de faire un pli transversal à la peau, que l'on coupe ensuite à plein tranchant, soit de tracer une ligne noire dans la direction que doit suivre l'incision. Mais ces précautions minutieuses, de la part d'un opérateur qui doit savoir diriger l'instrument tranchant, n'ont aucun avantage réel.

DILATATION APRÈS L'OPÉRATION.

Voici les préceptes que donne M. Trousseau sur ce point important :

Dès que l'incision est faite, le sang s'engouffre dans les bronches, et comme la respiration devient encore plus difficile, l'hémorrhagie veineuse, loin de s'arrêter, coule avec plus de force. Armez-vous à l'instant même du *dilatateur*. On l'introduit fermé entre les lèvres de la plaie de la trachée, et quand il est engagé, on l'ouvre modérément, en rapprochant les anneaux. Cette manœuvre, toute facile qu'elle paraît, demande néanmoins quelque habitude. Très souvent, dit M. Trousseau, il lui est arrivé à lui-même de placer l'extrémité de l'instrument

(1) *Dublin Journal*, et *Bulletin gén. de thérap.*, novembre 1850.

entre les muscles, ou de n'introduire dans la trachée qu'une des branches. *Il faut*, recommande-t-il, *procéder lentement et aller aussi profondément que possible.* Lorsque le dilatateur est bien placé, l'air pénètre aisément, le sang; les fausses membranes, les mucosités sont expectorés, et la respiration devient ordinairement facile. Le dilatateur est laissé dans la trachée tant que dure la syncope qui suit ordinairement l'opération, et jusqu'à ce qu'on ait introduit la canule. La canule ne doit jamais être placée que dix ou vingt minutes après l'opération. Il faut préalablement avoir nettoyé la trachée et les bronches, et avoir cautérisé la membrane muqueuse qui les tapisse.

[Nous empruntons à la thèse de M. Millard les préceptes suivants qui résument ce que nous venons de dire :

1° *On ne saurait être trop bien éclairé.*

2° *Il faut explorer avec soin la région du cou et déterminer exactement la place du cartilage cricoïde.*

3° *L'importance de la ligne médiane est capitale.*

4° *L'opérateur doit se placer à droite.*

5° *On ne doit intéresser que la trachée.*

6° *L'incision de la trachée doit être le plus rapprochée possible du cartilage cricoïde.*

7° *L'incision de la peau doit commencer au niveau du bord supérieur du cartilage cricoïde.*

8° *Tant qu'il n'y a pas de veines ouvertes, on peut et l'on doit aller lentement.*

9° *On ne lie jamais de veines, on les comprime avec les doigts, avec des érignes ou des pinces*

10° *On voit quelquefois la trachée, mais il faut la sentir toujours nettement sous son doigt.*

11° *Il faut que la trachée soit dénudée avant d'être incisée.*

12° *L'incision sera faite d'un seul coup et devra avoir au moins un centimètre et demi de long.*

13° *On y appliquera aussitôt l'index gauche pour empêcher la pénétration du sang.*

14° *On se hâtera de mettre la canule.*]

SOINS CONSÉCUTIFS A L'OPÉRATION.

Après avoir ainsi ouvert un accès à l'air et ranimé la respiration près de s'éteindre, il est nécessaire de pourvoir aux moyens de maintenir cette fonction dans toute son intégrité. On y parvient en empêchant l'ouverture faite à la trachée de s'obstruer, et l'on a proposé, pour atteindre ce but, plusieurs moyens : je vais les passer en revue, en commençant par les diverses canules qui sont le plus généralement employées.

La canule destinée à fournir une entrée libre à l'air est un instrument fort ancien ; mais, sans chercher à remonter à son origine, j'indiquerai celles qui ont été choisies par MM. Bretonneau et Trousseau comme étant de l'usage le plus général, et je ne dirai qu'un mot de celles qui ont été proposées par d'autres médecins modernes.

DES CANULES.

La matière de cet instrument doit être métallique, afin que ses parois puissent être à la fois minces et résistantes : c'est l'argent qui est préféré pour leur composition. La forme de cet instrument est, suivant M. Bretonneau, celle d'un tube légèrement courbé, coupé en biseau à ses deux extrémités, de manière que le côté le plus court soit le côté concave. Plus tard, M. Bretonneau a imaginé une canule en forme de tige de botte, et composée de plusieurs parties qui s'emboîtent les unes dans les autres. Mais c'est la canule courbe adoptée par M. Trousseau que l'on met ordinairement en usage.

[On ne se sert plus aujourd'hui que de la *canule double* composée de deux canules s'emboîtant, dont l'interne s'enlève facilement, et permet de désobstruer les voies sans enlever l'appareil tout entier, ce qui est un immense avantage. C'est à M. Bretonneau qu'est dû ce perfectionnement.]

Ces canules, pour remplir parfaitement leur but, doivent avoir une courbure appartenant à un cercle d'environ 8 centimètres de diamètre. Dans cette mesure, la canule appuie par toute l'étendue de ses deux faces antérieure et postérieure sur la muqueuse trachéale, et son extrémité inférieure ne comprime l'organe ni en avant ni en arrière. Si l'on donnait à l'instrument une ouverture insuffisante ou exagérée, on aurait, outre l'inconvénient qui vient d'être signalé, à en redouter un plus grave encore, celui de l'insuffisance de la respiration, occasionnée par le défaut de parallélisme du tube artificiel et du canal naturel dans lequel il est introduit.

Avant M. Bretonneau, on ne donnait à la canule qu'un faible calibre : lui-même, dans ses deux premières opérations, employa des canules étroites ; mais ayant vu qu'elles étaient insuffisantes pour la respiration, il n'hésita pas à attribuer la plupart des insuccès à cette insuffisance, et c'est en effet depuis qu'on emploie des canules de grand diamètre qu'on a obtenu les nombreuses guérisons citées plus haut. D'après M. Trousseau, on peut, en général, juger que l'ouverture de la canule est suffisante lorsque, dans une grande inspiration, le bruit causé par l'entrée de l'air n'est pas plus fort que celui qui serait produit dans le larynx à l'état sain. Voici, d'après ses observations, la moyenne des dimensions que doit présenter l'instrument suivant les âges :

	Ouverture antér.	Ouverture postér.	Grande courb.	Petite courb.
Homme de taille ordinaire....	0^m,015	0^m,012	0^m,065	0^m,050
Femme de taille ordinaire.....	0^m,013	0^m,011	0^m,060	0^m,045
Enfant de huit à douze ans.....	0^m,012	0^m,009	0^m,055	0^m,040
Enfant de cinq à huit ans.....	0^m,011	0^m,008	0^m,050	0^m,036
Enfant de deux à cinq ans.....	0^m,010	0^m,007	0^m,045	0^m,036
Enfant au-dessous de deux ans.	0^m,009	0^m,005	0^m,042	0^m,033

Le praticien qui ne sera pas à portée de se pourvoir promptement d'instruments devra donc avoir une collection de canules de ces diverses dimensions.

INTRODUCTION DE LA CANULE.

Cette partie de l'opération mérite quelques détails, car le praticien pourrait se voir désagréablement arrêté par les difficultés qui quelquefois se présentent dans une manœuvre en apparence si simple.

PROCÉDÉ DE M. TROUSSEAU.

Placez dans l'ouverture de la trachée les mors réunis du *dilatateur*, et tandis qu'avec la main gauche vous en rapprochez les branches, mouvement qui produit l'écartement des mors, faites glisser entre ceux-ci la canule tenue dans la main droite. Ayez grand soin de faire décrire à l'instrument une courbe analogue à celle qu'il représente lui-même, et n'employez qu'un effort médiocre, afin de ne point pousser la canule entre le corps thyroïde et la trachée, et de ne point refouler la muqueuse trachéale.

PROCÉDÉ DE M. GERDY.

Introduisez dans la canule une sonde de gomme élastique, et portez l'extrémité de celle-ci dans la trachée où elle pénétrera facilement. Puis, sur ce conducteur, faites glisser la canule, que vous introduirez sans peine et sans crainte qu'elle dévie. Ce procédé est très simple et offre beaucoup d'avantages.

FIXATION DES CANULES.

Les canules portent, à leur ouverture externe, un rebord qui les empêche de pénétrer dans la trachée, et sur lequel sont, de chaque côté, deux petits anneaux où l'on a préalablement passé des fils ou des rubans; on noue ces liens derrière le cou, d'une manière assez étroite pour que l'instrument soit bien maintenu, mais non pas de manière à exercer une compression nuisible à la circulation veineuse.

[La canule doit être fixée sur une rondelle de taffetas gommé, de façon à protéger la plaie et à empêcher le passage de l'air et des liquides entre la plaie et la canule. Il peut arriver que, par suite d'un accident, d'un effort de toux, par le fait d'un acte déraisonnable du malade, ou par le gonflement même des parties, la canule sorte de la plaie; cet inconvénient était plus fréquent alors qu'on n'introduisait qu'une seule canule, longue et difficile à replacer. Aujourd'hui, grâce à la double canule qui permet de prendre tous les soins nécessaires pour nettoyer et déboucher le conduit sans enlever la canule principale, on a moins à se préoccuper des dangers qu'entraîne l'expulsion de la canule. Lorsque l'appareil s'est déplacé, il faut le replacer à l'instant, sous peine de voir le malade en proie à la suffocation.]

DES DILATATEURS.

Les canules, comme je l'ai déjà dit, et comme on le verra encore plus tard, ont des inconvénients qu'on ne peut nier. C'est ce qui a engagé quelques médecins à rendre permanent un instrument employé d'une manière temporaire par M. Trousseau, c'est-à-dire le *dilatateur*. M. Gendron est un de ceux qui ont le plus insisté pour faire admettre cet instrument, qu'il applique de la manière suivante :

DILATATEURS DE M. GENDRON.

Il y en a de plusieurs formes; mais on peut dire, d'une manière générale, qu'ils consistent dans une espèce de pinces sans branches, dont on éloigne les extrémités

à l'aide d'une vis de rappel. Ces extrémités aplaties, et recourbées deux fois dans le sens de leur largeur, sont introduites rapprochées dans la trachée, plus éloignées peu à peu au moyen de la vis. M. Gendron en a imaginé d'autres qui n'ont qu'une seule courbure, et qu'il faut fixer avec un fil autour du cou. Je n'insiste pas sur ces dilatateurs, parce qu'ils sont peu usités et augmentent l'arsenal chirurgical.

M. Morand (de Tours), qui rejette l'emploi des canules, emploie un *dilatateur à ressort et à virole*, et couvre l'ouverture d'une gaze mouillée pour que l'air aspiré soit moins sec.

Ch. Bell a voulu employer comme dilatateur un simple *fil de fer* plié de manière à laisser entre ses deux branches un certain écartement, et qu'on introduit par sa convexité dans l'ouverture faite à la trachée; mais il est extrêmement difficile de le maintenir en place.

Les canules bivalves, comme celles de M. Moreau (1), ont, ainsi que le dilatateur de M. Gendron, l'inconvénient de permettre aux parties molles des bords de la plaie de faire saillie entre leurs valves. On ne les a pas adoptées.

Enfin, M. Maslieurat-Lagémard (2) a imaginé un dilatateur à double crochet qui est très simple, et, ainsi que l'a fait remarquer Blandin, à la portée de tout le monde; mais le moyen employé par ce médecin dans un cas de guérison, et avant qu'il eût imaginé son dilatateur, est encore plus simple.

N'ayant aucun instrument à sa disposition, il eut l'idée de courber *deux épingles* en crochet, et les implantant une de chaque côté de la trachée, après avoir lié un fil autour de leur tête, il attacha celui-ci derrière le cou, de manière à exercer une traction sur chaque lèvre de la plaie trachéale. Au bout de deux jours, cette traction avait produit un écartement qui devint permanent après l'enlèvement des épingles, et la respiration ne fut pas interrompue jusqu'à la guérison.

Le praticien ne doit pas perdre de vue un moyen aussi facile.

PROCÉDÉ DE M. CHASSAIGNAC.

M. Chassaignac pratique la trachéotomie presque d'un seul coup; il fixe la trachée à l'aide d'une érigne enfoncée sous le cartilage cricoïde, et par une incision rapide ouvre tous les tissus jusqu'à la paroi trachéale inclusivement. Ce procédé a les plus graves inconvénients, et il est démontré aujourd'hui qu'il vaut mieux disséquer, opérer lentement, et savoir à chaque seconde de l'opération ce que l'on fait et où l'on est.

PERTE DE SUBSTANCE A LA TRACHÉE.

Enfin quelques médecins, frappés des inconvénients que peuvent présenter les instruments, quels qu'ils soient, ont pensé qu'on les évitait en ouvrant à l'air un libre passage à travers les parties, sans le secours d'aucun dilatateur. Le célèbre chirurgien anglais Lawrence a conseillé d'enlever une partie des cerceaux cartilagineux incisés, et il a pratiqué cette opération, qu'après lui Carmichael a faite de la manière suivante (3) :

(1) *Gazette médicale de Paris*, t. III, 1835.
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1841, t. VII, p. 272, t. XVII, p. 62.
(3) *Trans. of the Associat. of the Dublin Coll. of phys.*, 1834, t. IV, p. 312.

L'incision de la trachée étant pratiquée, l'opérateur, muni d'une paire de ciseaux propres à l'opération du bec-de-lièvre, en introduisit une lame dans le canal aérien par la partie inférieure de l'incision; puis, dirigeant l'extrémité des ciseaux en dehors, il coupa obliquement les cerceaux cartilagineux dans une étendue égale à la moitié de l'incision longitudinale. Le lambeau qui en résulta fut maintenu au dehors par des pinces, et la pointe des ciseaux portée plus haut, mais en dedans, vers l'extrémité supérieure de la plaie, acheva de détacher une portion triangulaire de la trachée. La même manœuvre ayant été exécutée de l'autre côté, il en résulta une perte de substance en losange, qui ne pouvait pas se refermer, et par où l'air pénétra jusqu'à l'époque de la guérison.

On a reproché à ce procédé : 1° d'être très difficile à exécuter; 2° de rendre l'opération beaucoup plus longue; 3° de ne pas donner une ouverture suffisante; 4° de ne pas prévenir l'obstruction de l'ouverture artificielle occasionnée par le gonflement inflammatoire des tissus; 5° de faire à la trachée une perte de substance qui peut plus tard en diminuer le calibre, et rendre l'entrée de l'air insuffisante.

Le premier reproche est fondé, ainsi que l'a démontré le docteur Ryland (1), et de l'aveu même de ceux qui ont proposé cette modification. Le second ne l'est pas moins, surtout relativement à la laryngite pseudo-membraneuse, où la rapidité de l'opération est si nécessaire. Quant au troisième et au quatrième, ils paraissent fort graves en théorie, et je suis peu surpris qu'ils soient venus à l'esprit des chirurgiens; mais la pratique n'a pas confirmé la théorie, car, dans les cas où ce procédé a été employé, la respiration, quoique assez souvent gênée par l'obstruction que causait un mucus visqueux arrêté sur les lèvres de la plaie, n'a point été interrompue. Il suffisait d'une petite éponge pour enlever facilement l'obstacle, et l'on n'avait pas à craindre les terribles accidents occasionnés par la sortie de la canule. Pour ce qui est du rétrécissement consécutif de la trachée, il faut dire que les auteurs ne s'en sont pas occupés, et c'est là une omission grave; car la crainte de voir un organe aussi essentiel devenir insuffisant doit inspirer de vives inquiétudes sur les suites de l'opération.

MOYENS DE DÉSOBSTRUER LA CANULE OU L'OUVERTURE DILATÉE DE LA TRACHÉE.

Une fois la canule en place, il faut la tenir toujours libre, et la débarrasser des lambeaux pseudo membraneux et du mucus visqueux qui viennent sans cesse l'obstruer. Pour parvenir à ce but, soyez attentifs pendant les efforts de toux, et si une fausse membrane se présente, saisissez-la avec des pinces et retirez-la doucement, de crainte de la [illegible]. Si c'est uniquement du mucus qui obstrue la canule, nettoyez-la avec l'*écouvillon* de M. Bretonneau (2), que l'on fabrique de la manière suivante :

ÉCOUVILLON DE CRIN.

Prenez quelques brins de crin flexible, disposés entre les branches d'un fil d'acier ou de laiton replié sur lui-même. Également et parallèlement répartis dans

(1) *The Edinburgh med. and surg. Journal*, 1838, vol. XLIX, p. 579.
(2) *Recherches sur l'inflammation spéciale du tissu muqueux et sur la diphthérite*. Pari[illegible]826, p. 324.

un espace d'environ 3 centimètres, ils doivent se toucher et même se recouvrir. Les deux fils, saisis avec des pinces immédiatement au delà du crin, sont tordus en spirale. Entraînés par la torsion, les crins perdent leur parallélisme pour converger autour de l'axe sur lequel ils se trouvent fixés. Dès qu'ils sont ainsi saisis et solidement arrêtés entre les révolutions de la double hélice, vous n'avez plus qu'à les tailler, pour donner à la petite brosse la forme d'une boule portée sur une tige qui est constituée par les deux fils d'acier contournés l'un sur l'autre. Il est bon d'assujettir cet écouvillon sur un petit manche fait avec une plume ou un petit morceau de bois.

Cet écouvillonnement doit être pratiqué aussi souvent que la respiration paraît embarrassée.

[Autrefois on était obligé de déplacer souvent l'appareil pour le nettoyer; aujourd'hui on se contente d'enlever la canule interne, et cette petite opération, si simple, peut être faite par des personnes étrangères à la médecine. On peut, sans enlever la canule interne, nettoyer le conduit avec un écouvillon à épingle.]

MANIÈRE DE DÉSOBSTRUER LA TRACHÉE ET LES BRONCHES.

M. Trousseau ne s'est pas borné à maintenir la canule toujours libre, il a encore imaginé de débarrasser profondément le canal aérien lui-même. Je ne peux mieux faire que de lui emprunter la description de ce qu'il appelle l'*écouvillonnement*.

ÉCOUVILLONNEMENT DE M. TROUSSEAU.

S'il n'y a pas dans la trachée une fausse membrane trop adhérente, prenez un écouvillon formé d'une tige de baleine, souple, arrondie, et longue de 24 centimètres.

Faites à l'une de ses extrémités une cloche circulaire et fixez-y un petit morceau d'éponge fine. Enfoncez-le rapidement de 8, 11, 14 et même 17 centimètres, en lui faisant exécuter un mouvement de rotation; puis faites-le cheminer plusieurs fois de haut en bas, et retirez-le en continuant d'imprimer le mouvement de rotation indiqué. Chaque écouvillonnement ne dure pas plus de deux ou trois secondes. L'éponge retirée, un aide l'exprime avec un morceau de linge, et enlève le mucus qui l'enduit. Réintroduisez immédiatement l'instrument, et ainsi de suite, jusqu'à ce que vous ayez emporté ou les mucosités, ou les fausses membranes que vous entendez bruire dans la trachée. Avant de commencer l'écouvillonnement, il faut, en général, injecter dans les bronches une demi-cuillerée à café d'eau tiède ou froide. Cette eau, l'écouvillon, l'air qui entre et sort, ébranlent, brassent et entraînent au dehors tout ce qui se trouve dans les conduits aériens. L'écouvillonnement provoque le plus souvent une toux extrêmement fatigante; mais quand les enfants n'ont pas été épuisés par les émissions sanguines, quand déjà l'inflammation pelliculaire est modifiée, et qu'il ne se sécrète plus que du mucus, il suffit de passer une fois ou deux l'écouvillon, et la manœuvre est alors si simple, que le plus souvent les enfants endormis ne se réveillent pas.

Le premier écouvillonnement doit se faire immédiatement après l'opération; par là vous entraînez le sang, le mucus et la plupart des concrétions croupales. Ainsi

la membrane muqueuse est mise à nu, condition nécessaire pour que les médicaments topiques puissent la modifier. Et ici M. Trousseau pose le précepte d'*écouvillonner à fond toutes les fois que l'on veut agir directement sur la membrane muqueuse.*

Si la fausse membrane est trop adhérente et ne peut être entraînée par l'éponge, servez-vous de l'*écouvillon* de crin décrit plus haut.

CAUTÉRISATION.

C'est encore à M. Trousseau que j'emprunterai les détails relatifs à cette partie de l'opération (1) : « Lorsque la trachée et les bronches sont bien nettoyées, on procède, dit cet auteur, à la cautérisation. Celle-ci se fait de deux manières : 1° *par attouchement*, 2° *par instillation.* »

Cautérisation par attouchement.

℞ Nitrate d'argent cristallisé.. 1 gram. | Eau distillée............. 4 gram.

Dissolvez.

Imbibez de cette liqueur caustique un écouvillon d'éponge, et portez-le à plusieurs reprises sur tous les points de la membrane muqueuse que vous pouvez atteindre. De cette manière vous ne répandez pas de solution caustique dans les bronches. Cette cautérisation doit être répétée au moins trois fois le premier jour, et deux fois les deux jours suivants.

Cautérisation par instillation.

℞ Nitrate d'argent cristallisé.. 0,20 gram. | Eau distillée................ 4 gram.

Dissolvez.

Remplissez de la liqueur caustique une plume à écrire, et versez-la dans la trachée, en profitant, autant que possible, d'un mouvement d'inspiration. Immédiatement après, instillez de l'eau, et écouvillonnez vigoureusement, jusqu'à ce que les canaux aériens soient bien nettoyés. La cautérisation par instillation doit être répétée deux ou trois fois pendant trois jours. Si après l'opération vous avez pu constater qu'il n'y avait pas de concrétions croupales au delà du larynx, contentez-vous des cautérisations par attouchement.

On doit être très réservé dans l'emploi de ces dernières cautérisations. Des expériences sur les animaux ont prouvé que si la liqueur caustique parvenait dans les petites bronches, non-seulement elle pourrait coaguler le mucus et intercepter le passage à l'air, mais encore produire de dangereuses lésions dans le tissu pulmonaire. M. Bretonneau n'emploie jamais ce mode de cautérisation, et M. Trousseau s'exprime ainsi à leur sujet : « Les succès obtenus par M. Bretonneau, qui n'emploie que la cautérisation par attouchement, doivent rendre circonspect dans l'emploi des instillations que j'ai beaucoup conseillées, et que j'ai peut-être trop employées. »

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. IX, p. 387.

INSTILLATION D'EAU DANS LES BRONCHES.

C'est encore M. Trousseau qui a préconisé ce moyen. Suivant lui, ces instillations ont l'avantage de délayer le mucus et de rendre plus facile l'expectoration, ainsi que l'enlèvement des lambeaux pseudo-membraneux.

INSTILLATIONS POUR DÉTACHER LES FAUSSES MEMBRANES TENACES.

Injectez d'un seul coup, dans la trachée, une cuillerée à café d'eau tiède, puis procédez immédiatement à l'*écouvillonnement* avec l'éponge. Cette manœuvre doit être répé ée quatre ou cinq fois toutes les vingt-quatre heures, pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération.

INSTILLATIONS POUR DÉLAYER OU RAMOLLIR LES MUCOSITÉS.

Versez dans la trachée deux ou trois gouttes d'eau tiède, de quart d'heure en quart d'heure. Ces instillations seront continuées jusqu'à ce que la respiration soit libre.

Telles sont les manœuvres qui ont été conseillées et décrites avec soin par M. Trousseau. Elles ont trouvé des critiques sévères. On leur a reproché d'irriter les bronches, d'aggraver les accidents, et de s'opposer à la guérison plutôt que de la favoriser. Il est certain que l'instillation d'un caustique a quelque chose d'effrayant, et M. Trousseau lui-même paraît en redouter le danger. L'introduction de l'écouvillon dans la profondeur des voies aériennes paraît aussi très audacieuse, surtout si l'on considère que les efforts d'avulsion des fausses membranes dans les points les plus accessibles, comme la bouche et le pharynx, sont une manœuvre sans résultat utile. Toutefois, avant de condamner cette pratique, on aurait dû se rappeler qu'elle appartient au médecin qui a obtenu les plus nombreux succès. Quant aux instillations d'eau, elles ont, outre les avantages déjà indiqués, celui de provoquer une forte toux qui expulse le mucus visqueux dont les bronches se laissent obstruer.

M. Barthez (1) a proposé des instillations d'une solution de *chlorate de soude*, qui *dissoudrait* les fausses membranes.

DERNIERS SOINS APRÈS L'OPÉRATION.

On peut les résumer de la manière suivante :

1° Nettoyez fréquemment la canule.

2° Surveillez, pansez et cautérisez au besoin la plaie.

3° Si le cinquième ou sixième jour vous n'entendez pas l'air passer un peu par les voies naturelles dans les grands efforts de toux, portez une ou deux fois la solution caustique dans le larynx, à l'aide d'une baleine forte, recourbée et armée d'une petite éponge ; cette médication bien simple suffit pour faciliter le passage de l'air et des mucosités.

4° Dès que le larynx vous paraîtra libre, bouchez la canule en tout ou en partie,

(1) *Bulletin des travaux de la Société médicale des hôpitaux*, t. IV, p. 62.

suivant le plus ou moins de liberté de la respiration. Pour la première fois, la canule ne reste bouchée qu'un quart d'heure ou une heure au plus; vous la rebouchez quelques heures après pendant deux ou trois heures, puis pendant dix ou douze heures.

5° Lorsque la respiration devient facile, enlevez la canule, nettoyez la plaie, et rapprochez-en exactement les bords avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre. Recouvrez l'appareil de coton cardé et d'une cravate peu serrée, dont le plein est appliqué derrière la nuque, et dont les chefs viennent se croiser au-devant du cou, pour passer sous les aisselles et se nouer derrière le dos. Changez le bandage deux fois par jour. Ordinairement, après quatre, six ou huit jours, l'ouverture de la trachée est entièrement cicatrisée; il ne reste alors qu'une plaie simple, qui ne tarde pas à se guérir. Que si la plaie se recouvre de concrétions, ce qui arrive assez fréquemment, saupoudrez-la de calomel, médicament qui modifie en peu de temps cette disposition morbifique.

6° Pendant que vous agirez ainsi, ne négligez pas le traitement de la diphthérite dans le pharynx, qu'elle occupe fréquemment, et dans la bouche, où elle se rencontre assez souvent. Pour remplir cette indication, portez deux ou trois fois par jour, sur les parties malades, un mélange de 8 grammes d'acide chlorhydrique pour 60 grammes de miel rosat, ou bien une forte proportion d'alun dans du sirop de sucre ou du miel.

7° Une dernière précaution dont M. Trousseau s'est très bien trouvé, dans ces derniers temps, consiste à entourer, immédiatement après l'opération et la fixation de la canule, le cou et la partie inférieure du visage jusqu'au nez, d'une large cravate assez lâche pour permettre à l'air de passer librement. De cette manière l'air n'arrive pas directement à la canule, il se réchauffe dans le trajet qu'il parcourt au-devant de la bouche et du menton, et devient beaucoup moins irritant pour la trachée. M. Trousseau attribue une très bonne part du succès de l'opération à cette précaution si peu importante en apparence.

Il arrive quelquefois, dit M. P. Guersant, à la suite de la trachéotomie, quand les enfants prennent de la nourriture, de voir les aliments s'engager dans le larynx et sortir par la plaie; cette complication, qui selon M. Michon est due à certaines modifications causées par l'inflammation, cesse d'elle-même et ne doit inspirer aucune crainte (1).

Tels sont les détails que j'avais à présenter sur cette importante et délicate opération. Les praticiens ne les trouveront pas trop longs, lorsqu'ils se rappelleront que de tous les soins qui y sont recommandés, de toutes les précautions indiquées dépendent le succès ou l'insuccès d'un moyen qui peut conserver la vie au malade. Ce sont des choses qu'il faut étudier soigneusement et avoir toujours présentes à l'esprit, car le plus léger oubli peut être irréparable.

[*Accidents consécutifs à la trachéotomie.* — Ces accidents, dont il faut que le praticien tienne grand compte pour le pronostic, ne doivent point cependant le détourner d'une opération à laquelle un si grand nombre de malades ont dû la vie. M. Axenfeld (2) a particulièrement étudié ce sujet et classé ainsi qu'il suit ces acci-

(1) *Compt. rend. des séances de la Soc. de chirurgie* (*Union médicale*, 19 janvier 1850).

(2) *Des principaux accidents que l'on observe après la trachéotomie chez les enfants atteints de croup*, thèse inaug. Paris, 1853.

dents : 1° la *réaction* qui s'établit peu de temps après la trachéotomie, redoutable surtout chez les sujets affaiblis; les soins doivent consister dans les dérivatifs doux et dans une alimentation substantielle qui est mieux supportée qu'on ne pourrait le croire; 2° l'*hémorrhagie consécutive*, accident rare puisqu'il n'a été observé qu'une fois sur 60 opérés; 3° le *gonflement* des lèvres de la plaie et des tissus voisins, qui n'est dangereux que lorsqu'on n'a pas pris soin de faire l'incision assez longue; 4° la *pneumonie*, qui sera combattue avec avantage par le vomitif; 5° la *diphthérite* qui se montre sur la plaie ou sur la muqueuse respiratoire sous-laryngienne, sur la muqueuse nasale ou sur différents points des téguments; en pareil cas il faut pratiquer des cautérisations avec le nitrate d'argent.

M. Bouchut a signalé l'*anesthésie* après l'opération de la trachéotomie; mais il est à croire que c'est un simple accident d'asphyxie.

Parmi les accidents qui peuvent résulter de l'application de la canule, il faut noter l'*ulcération* de la trachée-artère, dont MM. Barthez et Roger ont rapporté plusieurs exemples, et qui a fourni à ce dernier médecin le sujet d'un mémoire en cours de publication dans les *Archives de médecine* (1). Il faut surveiller l'état de la muqueuse trachéale, redouter de laisser trop longtemps la canule à demeure, et cautériser la plaie, en cas d'ulcération.

Il est un autre accident qui peut se produire à la suite de la trachéotomie, quelle qu'ait été la maladie qui l'a motivée : c'est le *rétrécissement* et même l'oblitération du larynx. Cet accident a été observé surtout lorsque la canule avait été laissée trop longtemps à demeure; aussi faut-il maintenir la canule en place seulement autant que cela est tout à fait indispensable, et aider le plus tôt possible au rétablissement de la respiration par les voies naturelles. L'oblitération de la plaie se fait en général très facilement; il suffit de maintenir au contact les parties divisées.

On a, dans ces derniers temps, décrit des *éruptions* que l'on a considérées comme accidents consécutifs à la trachéotomie. Nous ne discuterons point cette manière de voir, qui est appuyée sur des faits, lesquels nous paraissent avoir subi une interprétation forcée. En effet, on peut comprendre que la diphthérite, maladie spéciale qui s'accompagne de phénomènes généraux, compte parmi ses symptômes des éruptions; il est d'ailleurs certain que la scarlatine et la diphthérite se présentent très souvent concurremment, et que la diphthérite des premières voies n'est, en pareil cas, que l'exagération de l'angine de la scarlatine. D'autre part, on n'ignore pas qu'un grand nombre de fièvres, surtout les fièvres graves, s'accompagnent d'éruptions variées, surtout dans les hôpitaux. Quant à la trachéotomie, qui n'a rien de mystérieux, rien de spécial, qui n'est qu'une des mille opérations de la chirurgie, comment aurait-elle la vertu d'engendrer une éruption? Cependant nous devons rapporter les faits dont il s'agit. M. Sée communiqua le 9 juin 1858, à la Société des hôpitaux de Paris (2) une note dont voici le résumé : « J'ai observé, chez un certain nombre d'enfants opérés de trachéotomie, une éruption qui présentait les caractères suivants. Sur une première série de malades, il est survenu, le lendemain ou le surlendemain de l'opération, des taches rouges régnant sur toute la surface du corps, excepté à la face, non accompagnées de vésicules miliaires et non

(1) *Des ulcérations de la trachée-artère produites par le séjour de la canule après la trachéotomie* (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1859.)
(2) *Union médicale*, 21 et 28 août 1858.

suivies de desquamation. Cette éruption dura deux jours. Je l'appellerai érythémateuse ou scarlatiniforme. Sur une deuxième série de malades également trachéotomisés, l'éruption était tout à fait analogue à la scarlatine, même pointillé, même desquamation, et, dans certains cas, albuminurie et hydropisie générale. Je qualifierai cette éruption de scarlatineuse. La fréquence de cette éruption est telle que, sur 54 opérés, on l'a trouvée 12 fois. Elle s'est montrée 3 fois dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération, 5 fois dans les quarante-huit heures, 2 fois le troisième jour. Sa durée est courte; elle ne dépasse pas quatre jours, et peut n'être que d'un jour. Son apparence est tout à fait celle de la scarlatine. » Il résulte d'ailleurs de plusieurs observations publiées par MM. Maugin (1), Millard, André, Barthez, que ces éruptions peuvent être analogues à l'urticaire, ou vésiculeuses, ou érythémateuses. Ces éruptions ne changent rien au pronostic.]

Après avoir fait connaître les divers procédés opératoires et signalé tous les avantages de la trachéotomie convenablement pratiquée, je dois rappeler au praticien qu'il s'agit néanmoins d'une opération grave, quelquefois suivie d'une mort très prompte, et que, dans tous les cas, il faut s'attendre à voir succomber au moins les deux tiers des opérés. Ainsi il n'aura pas une confiance aveugle dans ce moyen extrême; et, tout en insistant avec courage pour pratiquer l'opération qu'il aura jugée nécessaire, il ne donnera pas un trop grand espoir aux parents du malade. Il représentera le sujet comme étant voué à une mort certaine, si l'on ne consent point à l'opération ; mais il ne dissimulera pas le danger, même dans les cas où l'on y consentirait.

Je n'ai point parlé des tentatives faites par Dupuytren pour enlever les fausses membranes *sans trachéotomie*, et en les allant chercher par la bouche dans la glotte elle-même. Ces tentatives, que tout le monde s'accorde à regarder comme infructueuses, n'ont pas été renouvelées.

Régime. — Au début de la maladie, et tant que la fièvre est intense, on tient le malade à la diète absolue; *mais, dès que la fièvre commence à tomber, il faut, surtout si le sujet est un jeune enfant, se hâter de donner quelques aliments légers: du lait, du bouillon, coupés ou purs, de légers potages. Suivant M. Trousseau, on doit agir de la même manière immédiatement après la trachéotomie, et tant que dure la fièvre traumatique. C'est au médecin à juger, par le degré de force du malade, de la conduite qu'il doit tenir. Mais, dans tous les cas, il se hâtera de prescrire un régime nourrissant dès que la fièvre aura complétement cessé.*

Traitement prophylactique. — Tant que le diagnostic de la laryngite pseudo-membraneuse n'a pas été nettement établi, on a cru à de nombreuses récidives de cette maladie; les attaques réitérées de laryngite striduleuse donnaient lieu à cette croyance. Aussi n'est-on pas surpris de voir nos devanciers proposer un grand nombre de moyens propres à prévenir le retour d'une aussi grave affection. Aujourd'hui que l'on n'a plus les mêmes craintes, on ne prend pas les mêmes précautions; mais, dans le cas où les laryngites pseudo-membraneuses seraient très fréquentes, y aurait-il quelques moyens propres à préserver les enfants de cette maladie? Avec Guersant, il faut répondre qu'on ne peut véritablement compter que sur les précautions hygiéniques, *sur l'éloignement des sujets de tout foyer d'infection*, et sur un régime fortifiant.

(1) Maugin, Mémoire inséré dans le *Moniteur des hôpitaux*, 1858.

Quant aux cautères, aux vésicatoires, aux vomitifs et aux purgatifs souvent répétés, et, en un mot, à tous les moyens pharmaceutiques, il faut y renoncer entièrement.

[Il existe quelques autres méthodes de traitement du croup, que nous indiquons ici brièvement.

M. Girouard (de Chartres) proposait de porter directement, à l'aide d'une sonde, des médicaments cathérétiques jusque dans le larynx. M. Horace Green (de New-York) est le premier qui ait traité la diphthérite laryngée par des caustiques introduits à l'aide d'une petite éponge placée à l'extrémité d'une baleine. M. Loiseau (de Montmartre) employa un peu plus tard un procédé analogue, et introduisit dans le larynx des solutions de tannin.

M. Reybard le premier a placé une sonde à demeure dans le larynx. Le résultat ne fut pas avantageux. Plus tard, en 1857, M. Loiseau fit fabriquer un tube spécialement destiné à cet usage, mais ne l'appliqua pas. M. Bouchut régularisa le procédé, perfectionna l'instrument en 1858 et en fit l'application dans plusieurs cas de croup. Il pensa qu'on pouvait remplacer la trachéotomie par le *tubage de la glotte*.

Voici en quoi consiste cette opération. Au moyen d'une sonde ordinaire percée à ses deux extrémités, introduite comme conducteur par la bouche à l'intérieur du larynx, M. Bouchut porte dans la glotte une virole qu'il retient au dehors à l'aide d'une amarre de soie, et qui reste en place d'un à trois jours, c'est-à-dire le temps nécessaire à la disparition des phénomènes d'asphyxie. Cette virole est garnie à son extrémité supérieure de deux bourrelets destinés à la maintenir dans la glotte sur la corde vocale inférieure, à la façon d'un bouton de chemise.

Ce procédé, qui peut être appelé à rendre des services dans quelques cas, comme l'œdème de la glotte, par exemple, n'a pas encore donné des résultats concluants.]

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Saignées : sangsues, ventouses scarifiées, émollients.

2° Vomitifs (émétique, ipécacuanha, etc.), purgatifs.

3° Sulfure de potasse, polygala, alcalins. L'efficacité et surtout la vertu spécifique de ces médicaments sont loin d'être démontrées.

4° Préparations mercurielles (calomel, frictions avec l'onguent mercuriel, etc.).

5° Dérivatifs, révulsifs, antispasmodiques.

6° Cautérisation : avec l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent, etc.; cathérétiques (alun, chlorure de chaux, etc.).

7° Insufflations de poudres mercurielles; calomel, précipité rouge.

8° Trachéotomie.

9° Tubage de la glotte.

ARTICLE V.

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE ET CHRONIQUE (*phthisie laryngée*) (1).

La laryngite ulcéreuse est, sans contredit, une des maladies dont l'histoire offre le plus de difficultés. Jusqu'à présent les auteurs ont traité, dans un seul et même

(1) Quoique la laryngite ulcéreuse ne soit pas la seule affection du larynx qu'on ait désignée sous le nom de *phthisie laryngée*, nous ajoutons cette dénomination comme lui ayant été particulièrement appliquée.

article, de toutes les espèces de laryngites chroniques, qu'ils ont désignées sous le titre générique de *phthisie laryngée;* il en résulte que les symptômes propres, les causes, la marche et généralement les points les plus importants de l'affection dont il s'agit ici sont extrêmement obscurs. Cependant nous ne pouvons nous dispenser de décrire à part cette forme si importante de la laryngite, qui est à l'inflammation simple du larynx comme le coryza ulcéreux au coryza simple. Nous avons réuni, dans ce but, un assez grand nombre de documents, dont quelques-uns n'avaient pas encore été suffisamment étudiés, et la suite de cet article montrera que si une bonne classification des maladies du larynx est très difficile, elle n'est pas impossible, comme le pensent MM. Trousseau et Belloc (1). Sans doute l'observation ultérieure pourra apporter quelques modifications à la classification que nous avons établie; mais on ne saurait douter, après avoir lu les travaux publiés sur ce sujet, qu'elle n'ait actuellement une utilité réelle.

C'est à Morgagni et Borsieri que nous devons, suivant J. Frank, les premières notions bien précises sur la laryngite ulcéreuse; cependant, pour quiconque a lu ces auteurs sans prévention, il est évident qu'après eux l'histoire exacte de la maladie était entièrement à faire, ainsi que l'a dit M. Cayol (2). Dans ces derniers temps, des travaux assez nombreux ont été publiés sur ce sujet; le plus récent est le *Traité pratique de la phthisie laryngée*, par MM. Trousseau et Belloc.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Nous donnons le nom de *laryngite ulcéreuse* à celle qui occasionne une déperdition de substance dans le tissu du larynx, que cette lésion s'accompagne ou non de carie, de nécrose des cartilages, de fistules, etc. Il vaudrait mieux sans doute pouvoir distinguer les ulcérations suivant leurs espèces, et les décrire séparément; mais la science n'est pas encore assez avancée pour cela.

On a généralement donné à cette maladie le nom de *phthisie laryngée*. Les anciens la désignaient sous celui d'*ulcera asperæ arteriæ*. Sauvages (3) a décrit à la fois, sous le titre de *paraphonologia ulcerosa*, les ulcères du pharynx, du larynx et de la trachée. Il les range dans la classe sixième, intitulée *Debilitates*. On trouve cette maladie décrite sous les dénominations d'*ulcères*, *chancres du larynx*, *ulcération*, *carie*, *nécrose*. M. Petit-Radel (4), par le nom de *métaptose gonorrhoïque du larynx*, a sans doute désigné quelques cas de ce genre.

Quant à la *fréquence* de la maladie, il faut établir une distinction très importante. Si l'on considère les ulcérations du larynx dans toutes les circonstances où elles se produisent, on peut dire qu'elles sont bien loin d'être rares. Il est, en effet, une affection bien commune qu'elles viennent assez souvent compliquer: c'est la phthisie pulmonaire. Mais si l'on n'a égard qu'aux cas où la laryngite ulcéreuse constitue la maladie principale, et où par conséquent elle exige tout particulièrement les soins du praticien, on reconnaît qu'elle est peu fréquente. En compulsant les observations recueillies en grand nombre par MM. Trousseau et Belloc, et empruntant les

(1) *Traité pratique de la phthisie laryngée*, etc. Paris, 1837, p. 87.
(2) *Rech. sur la phthisie trachéale*, thèse. Paris 1810.
(3) *Nosologia methodica*. Amst., 1768, t. I, p. 787.
(4) *Cours de malad. syph.* Paris, 1812, t. I, p. 280.

aux principaux auteurs, nous n'en trouvons guère qu'une douzaine qui remplissent les conditions que nous venons d'indiquer.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la laryngite ulcéreuse n'est pas une affection du jeune âge. Dans douze observations que nous avons rassemblées, l'âge des sujets a varié entre dix-neuf et soixante-huit ans, la plupart ayant de trente à quarante-cinq ans, ainsi que l'avait déjà remarqué J. Frank. Cependant E. Boudet (1) a cité deux cas de laryngite ulcéreuse bien évidente chez des enfants de huit et de onze ans. C'est là un point d'étiologie qui demande à être plus amplement étudié.

Sexe. — En tenant compte de tous les cas de phthisie laryngée recueillis par les auteurs, on trouve une proportion beaucoup plus considérable de sujets du sexe masculin que du sexe féminin. Dans quatorze cas où la laryngite était la maladie principale, je trouve au contraire neuf femmes, c'est-à-dire une proportion tout à fait inverse. Ce résultat est-il uniquement l'effet du hasard? Je livre cette question à l'attention des observateurs.

Des recherches exactes n'ont point été faites sur la *constitution* la plus favorable au développement de cette maladie; mais on a mis au nombre des causes prédisposantes : *un climat froid*, *l'hiver*, *les affections fréquentes de la gorge*, *les grands efforts de la voix et l'aspiration répétée d'une quantité considérable de poussière dans certaines professions.* Il serait inutile de chercher à contrôler ces assertions, car les faits nous manquent.

2° Causes occasionnelles.

Il est extrêmement difficile de dire quelque chose de positif sur les causes occasionnelles : cela tient, d'une part, à ce que le nombre des observations est trop restreint, et, de l'autre, à ce que les auteurs, quand il s'est agi des causes, ont parlé de toutes les maladies qui constituent la phthisie laryngée en général. Dans les observations que nous possédons, nous trouvons trois cas dans lesquels on a attribué la maladie à l'action du *froid;* quant à l'usage des *boissons froides* le corps étant en sueur, aux *cris violents*, à l'*usage immodéré des liqueurs fermentées*, etc., ces causes paraissent déterminer bien plutôt la laryngite simple que la laryngite ulcéreuse.

Reste maintenant une cause spécifique qui mérite notre attention : c'est la *syphilis.* Ici les avis sont très partagés : ainsi, d'une part, nous avons J. Frank et quelques autres auteurs qui pensent que la syphilis est une cause fréquente de la laryngite ulcéreuse, et, d'autre part, Cullerier, M. Lagneau, qui disent formellement que les ulcères syphilitiques du larynx sont excessivement rares, et Swediaur, Bell, Cirillo, M. Ricord, qui n'en font pas même mention.

Cependant MM. Trousseau et Belloc citent sept observations sur soixante-deux, dans lesquelles tout portait à croire que l'affection était de nature syphilitique. Dans

(1) *Hist. de l'épidémie de croup* (*Arch. de méd.*, 3e série, 1842, t. XIII, p. 137).

les observations que nous avons rassemblées, il en est cinq qui sont évidemmen de la même nature. Nous citerons, entre autres, celles de Zacutus Lusitanus (1) et de M. Ch. Lépine (2). Ainsi l'opinion de Cullerier et des autres syphilographes ne saurait être admise.

§ III. — Symptômes.

En parcourant les observations, nous avons été d'abord frappé de la différence qui existe dans la marche des diverses espèces d'ulcérations laryngiennes. Nous avons vu qu'il y en avait plusieurs qui marchaient très rapidement, s'accompagnaient de symptômes très aigus, et donnaient souvent lieu à une terminaison funeste. Nous croyons devoir décrire séparément la *laryngite ulcéreuse aiguë* et la *laryngite ulcéreuse chronique*. Faut-il aussi consacrer un article séparé à la *laryngite ulcéreuse syphilitique?* Nous ne le pensons pas, parce que nous n'avons pu trouver aucun caractère particulier dans ses symptômes.

1° *Laryngite ulcéreusè aiguë.* — Les auteurs n'ont généralement pas étudié cette espèce; cependant M. Hawkins (3) a décrit une ulcération gangréneuse aiguë qui, selon lui, atteint presque toujours le pharynx avant de gagner le larynx. Nous avons trouvé plusieurs cas de laryngite ulcéreuse aiguë bien évidente; ils sont empruntés à MM. Travers-Blackley (4), Mac Adam (5), Henderson, MM. Cruveilhier (6), Legroux, Costallat, Patissier, etc., etc. Nous avons déjà dit que Boudet en avait observé deux exemples. Toutefois ces observations n'ont pas été toutes présentées comme des laryngites ulcéreuses, parce que la maladie s'est terminée par un *œdème de la glotte*, affection qui a exclusivement attiré l'attention de leurs auteurs. Mais comme les symptômes qui ont précédé ceux de l'œdème appartiennent évidemment à une inflammation ulcéreuse, et que, par conséquent, la maladie primitive, principale, celle qui a donné lieu à tous les accidents consécutifs, était la laryngite ulcéreuse aiguë, on ne peut s'empêcher de restituer à cette maladie sa place distincte dans le cadre nosologique.

Début. — C'est presque toujours dans le cours ou *dans la convalescence* d'une autre maladie, telle que la pneumonie, une fièvre intermittente, etc., que se développe la laryngite ulcéreuse aiguë. Un *mal de gorge*, souvent léger, parfois intense, se fait d'abord sentir; la *voix* devient rauque, comme dans la laryngite simple; la *respiration* est un peu gênée, sans accès de suffocation évidente. En même temps, la *fièvre* prend une nouvelle force, si la laryngite se déclare dans le cours d'une affection en voie de guérison. Lorsqu'elle survient sans maladie préalable, la fièvre se manifeste d'abord avec peu d'intensité : la peau est chaude, le pouls dur, développé, un peu plus fréquent qu'à l'état normal. Il est facile alors de prendre la maladie pour un mal de gorge ordinaire, car rien dans l'expectoration ou dans les autres signes locaux n'annonce la présence des ulcérations, qui peut-être aussi n'existent point encore.

Symptômes de la maladie confirmée. — Après un temps qui, dans les observa-

(1) *Prax. med. adm.* Lugd., 1643, obs. CVII.
(2) *Dissertation sur la phthisie laryngée*, thèse. Paris, 1816.
(3) *London med. and. phys. Journal*, avril-mai 1823.
(4) *Dublin Journal*, juillet 1838.
(5) *London med. and surg. Review*, octobre 1835 et avril 18[illegible]
(6) *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, art. LARYNGITE.

tions que nous avons sous les yeux, varie entre vingt-quatre heures et quatre ou cinq jours, les symptômes prennent de l'accroissement : la *voix* s'éteint ou devient seulement beaucoup plus rauque ; les efforts pour parler augmentent la *douleur* et causent de l'anxiété. La *toux*, qui au début était légère, devient fréquente ; dans l'observation citée par M. Travers-Blackley, elle est désignée comme *croupale ;* elle détermine encore plus de douleur que les efforts de la voix et occasionne une sensation de déchirure dans le larynx.

La *respiration* devient gênée, anxieuse ; parfois même elle est sifflante et striduleuse, comme l'a remarqué M. Travers-Blackley. M. Legroux (1) a constaté l'existence d'un *ronflement* remarquable, et d'autres auteurs ont comparé le bruit produit dans la respiration au *cri d'un jeune coq*, etc. Mais ces divers bruits sont bien plus souvent dus à l'œdème de la glotte, produit presque toujours par l'ulcère du larynx.

La matière de l'*expectoration* a été toujours examinée avec le plus grand soin, mais on n'y a pas trouvé de caractère constant, bien tranché, qui pût dans tous les cas faire reconnaître la nature de la maladie. C'est ainsi que nous voyons, dans les divers auteurs cités plus haut, l'indication d'une expectoration *muqueuse*, *muco-purulente*, ordinairement très abondante. Il est rare qu'on y rencontre des filets de sang.

La *douleur*, qui a déjà été signalée au début de l'affection, devient plus intense ; les malades la rapportent au larynx et à la partie supérieure du pharynx. Elle se fait plus particulièrement sentir pendant la déglutition, et parfois même alors on a noté le rejet des boissons par le nez, lorsque l'épiglotte participait d'une manière notable à l'inflammation. La pression exercée sur les côtés du larynx détermine généralement une douleur plus ou moins vive, qui augmente encore si l'on imprime des mouvements de latéralité à l'organe.

Pendant que ces symptômes se sont ainsi aggravés, la *fièvre* a augmenté. Ainsi, dans l'observation publiée par M. Patissier (2), la fièvre, d'abord légère et qui ne revenait que le soir, devint bientôt plus forte et continue.

Tels sont les symptômes que, dans l'état actuel de la science, on peut assigner à la laryngite ulcéreuse aiguë ; il en est néanmoins un bon nombre d'autres qui leur succèdent et qui ont avec eux des rapports trop intimes pour qu'on doive les séparer en deux maladies distinctes ; mais ces derniers sont des signes appartenant à une affection généralement admise dans le cadre nosologique, et qui, par sa gravité et les soins particuliers qu'elle réclame, mérite de fixer spécialement l'attention du praticien. Cette affection est l'*œdème aigu de la glotte* (laryngite œdémateuse aiguë). Si en effet nous examinons toutes les observations que j'ai déjà citées, et quelques-unes de celles qui ont été publiées par M. Miller (3), nous voyons tous les cas se terminer par des signes non équivoques de cette dernière maladie.

On s'étonnera peut-être de nous voir ainsi faire deux maladies d'un état pathologique dont nous avons reconnu plus haut l'indivisibilité ; mais, dans cet ouvrage, les considérations pathologiques doivent céder la place aux considérations pratiques, et ce que nous avons fait pour la *laryngite simple* et la *laryngite striduleuse*,

(1) *Journal des connaissances méd.-chir.*, septembre 1839.
(2) *Bibliothèque méd.*, 1820, t. LXVII, p. 210.
(3) *Mém. sur la laryngite purulente* (*London med. Gaz.*, janvier 1833).

nous n'hésitons pas à le faire pour la *laryngite ulcéreuse* et l'*œdème de la glotte* qui lui succède. En effet, dès que l'infiltration séreuse ou séro-purulente, déterminée par l'inflammation ulcéreuse, a envahi la glotte, il y a pour le praticien une maladie toute nouvelle, qui prend une physionomie propre, et qui exige des moyens de traitement particuliers. Que l'on n'oublie pas seulement que l'œdème aigu de la glotte est, dans ces cas, provoqué par les ulcères, et que par conséquent on doit tout faire pour prévenir cet accident; c'est là ce qu'il importe le plus de savoir dans la pratique.

La *laryngite ulcéreuse syphilitique* peut-elle affecter une marche aussi aiguë? C'est ce qu'il nous a été impossible de constater dans les observations que j'ai rassemblées. Mais M. Hawkins (*loc. cit.*) a décrit une forme de laryngite syphilitique qui se rapproche beaucoup de la précédente. L'ulcération aiguë commence, dit-il, par les tonsilles; on aperçoit dans ces organes une ulcération profonde, contenant une eschare épaisse et noirâtre qui s'agrandit avec rapidité et finit par gagner le larynx. Lorsque l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes sont affectés, ajoute M. Hawkins, la mort est inévitable; la glotte se gorge de sérosité, et le malade succombe à une asphyxie lente. Ainsi il n'y aurait de différence entre cette laryngite ulcéreuse aiguë et la laryngite que nous avons décrite, que dans le point de départ de l'ulcération; différence, au reste, qui n'est pas capitale, car, dans quelques observations, nous avons vu également l'inflammation ulcéreuse attaquer d'abord le pharynx. D'ailleurs, mêmes symptômes, même marche et même terminaison.

2° *Laryngite ulcéreuse chronique.* — Les symptômes de la laryngite ulcéreuse chronique ont été beaucoup mieux décrits que ceux de la laryngite ulcéreuse aiguë. On le conçoit sans peine, quand on considère que cette forme a pu être étudiée très fréquemment à l'état de complication, c'est-à-dire lorsqu'elle survient dans le cours de la phthisie pulmonaire.

La laryngite ulcéreuse chronique a dans tous les cas un *début* assez lent; il n'est même pas rare de la voir commencer d'une manière insidieuse, et comme un mal de gorge de peu d'importance. Ce n'est qu'à cause de la persistance des symptômes et de leur aggravation continuelle que les malades commencent à concevoir quelques inquiétudes et se décident à consulter le médecin.

La *douleur*, ce symptôme qui était toujours plus ou moins notable dans la laryngite ulcéreuse aiguë, est au commencement très faible; elle n'acquiert une véritable intensité que dans certains cas et vers la fin de la maladie. MM. Trousseau et Belloc disent même que, dans la moitié des cas, ce symptôme est nul depuis le début jusqu'à la fin de l'affection. Mais il faut se rappeler que ces auteurs décrivent à la fois la laryngite chronique ulcéreuse et la laryngite chronique simple; et comme dans cette dernière il y a souvent absence de douleur, ce sont ces cas qui ont motivé leur assertion. Si, en effet, j'examine de nombreuses observations empruntées à MM. Adams et Jackson (1), Robert (2), James Bedingfield, Charles Lépine, etc., et nous trouvons que la douleur a toujours existé à un degré plus ou moins considérable dans cette espèce de laryngite. Rarement les auteurs ont recherché si cette douleur augmentait par la pression ou par les mouvements imprimés au larynx;

(1) *Lond. med. Repository*, 1818, vol. X, p. 201.
(2) *Journal de méd.*, an XIII, p. 185.

dans un cas où cette exploration fut faite par J. Bedingfield (1), la douleur n'était pas notablement augmentée. La *déglutition*, au contraire, a été toujours douloureuse à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Quelquefois on a constaté le *rejet des boissons par le nez*, et c'est lorsque l'épiglotte était notablement altérée. Enfin, même dans les cas où la douleur n'est pas très considérable, il existe dans le larynx une gêne, un embarras marqué qui, par sa persistance, fatigue beaucoup les malades.

L'altération de la *voix* est certainement un des premiers et des plus importants symptômes. Ordinairement cette altération consiste d'abord en un simple enrouement; bientôt la voix devient dure, criarde; les sons les plus discordants sont émis par le malade, surtout lorsqu'il veut faire des efforts notables de la voix. MM. Trousseau et Belloc ont fait à ce sujet des observations plus attentives que les autres auteurs : ils ont trouvé que la plus ou moins grande intensité d'altération du timbre de la voix variait suivant un grand nombre de circonstances. Ainsi, selon eux, le passage d'une température moyenne à une température froide altère moins la voix que le passage du froid au chaud; l'enrouement est augmenté par le besoin de manger, par l'approche de la menstruation, l'abus des plaisirs vénériens. Sans doute il n'est pas impossible que toutes ces causes aient une grande influence sur l'intensité de ce symptôme ; mais ce que l'on peut dire en toute assurance, c'est que si ces assertions résultent de l'observation particulière des auteurs, elles ne résultent pas de l'analyse des observations qu'ils ont publiées. Un fait plus certain, avancé par MM. Trousseau et Belloc, c'est que l'enrouement, intermittent d'abord, ne tarde pas à devenir continu et à dégénérer en une aphonie complète. Alors les malades font de très grands efforts pour parler, et l'on entend un bruit strident produit par le passage de l'air sur les parties altérées du larynx qui ne vibrent plus.

La *toux* n'a jamais manqué dans les cas que nous avons sous les yeux; elle est excitée continuellement par une irritation plus ou moins vive du larynx; aussi devient-elle fréquente dès que la maladie s'aggrave. Alors il suffit du passage des aliments, de l'action de parler, d'une forte inspiration, pour la provoquer. MM. Trousseau et Belloc ont signalé une variété de toux qu'ils ont appelée *éructante*, parce qu'elle ressemble à un *rot étouffé*; cette variété appartient à la laryngite ulcéreuse.

L'*expectoration* est donnée par la plupart des auteurs comme un des principaux symptômes. On a signalé des crachats abondants, spumeux, filants, striés de pus et de sang, ou présentant de petits fragments de pus concret. On a trouvé même dans les matières expectorées des fragments de cartilages ossifiés. Assurément toutes ces espèces de crachats se sont montrées dans la phthisie laryngée; mais il ne faut pas perdre de vue que la plupart des cas cités par les auteurs ont été observés dans le cours de la phthisie pulmonaire, et que par conséquent les matières expectorées pouvaient appartenir tout aussi bien à la dégénérescence tuberculeuse des poumons qu'à la laryngite ulcéreuse. De toutes ces formes de crachats, celles qui paraissent appartenir plus particulièrement à la laryngite ulcéreuse chronique, sont les crachats purulents, concrets et pelotonnés. La présence d'un fragment de cartilage carié est un signe pathognomonique.

(1) *Cases of ulceration of the pharynx and larynx* (London medical Repository, vol. V, p. [illegible]4, 1816).

La *respiration* est toujours plus ou moins difficile. Si quelques auteurs, après Borsieri, ont pu dire que parfois il n'existait pas de dyspnée, c'est qu'ils ont eu en vue des cas de laryngite chronique simple. On a décrit diversement le bruit produit par la respiration : les uns l'ont comparé à un ronflement fort, d'autres au sifflement de la laryngite striduleuse, d'autres au cri du coq, etc. J. Frank (*loc. cit.*) a signalé comme symptôme du début un *ronflement inaccoutumé pendant le sommeil :* c'est un point sur lequel le médecin doit avoir son attention fixée.

La *percussion* et l'*auscultation* ont été appliquées à l'étude de l'affection qui nous occupe ; mais tout le monde convient que ces deux moyens d'exploration, si puissants dans le diagnostic des maladies de poitrine, n'a encore été que d'un faible secours dans les affections du larynx. Néanmoins nous devons dire que dans quelques cas d'ulcération laryngée, M. Barth a entendu un cri sonore se produire dans le larynx ; que MM. Stokes (1) et Beau (2) ont constaté, dans des cas semblables, l'existence de râles vibrants et comparables, suivant le premier de ces observateurs, au bruit d'une corde de basse. Dans un cas même, M. Stokes a perçu ce bruit d'un seul côté. Ce sont là des faits qui demandent à être confirmés par de nouvelles observations.

M. Hutchinson (3) rapporte un cas de laryngite chronique dans lequel la pression sur le cartilage thyroïde déterminait un bruit sensible de *crépitation :* c'est un phénomène qui n'a pas été noté par d'autres observateurs ; et si l'on se rappelle que, grâce à leur mobilité, les parties cartilagineuses du larynx peuvent produire une crépitation, même à l'état sain, on sera porté à croire que ce signe n'appartient réellement pas à la maladie.

On a cherché à découvrir, par l'*inspection*, les altérations que présente le larynx : mais malgré l'invention du *speculum laryngis*, cette inspection n'a produit aucun résultat utile. Il en est de même du *toucher* à l'aide du doigt. Néanmoins l'exploration de l'arrière-gorge ne devra pas être négligée, car l'existence de quelques ulcérations dans le pharynx pourra éclairer sur la nature de l'affection laryngée, comme cela a eu lieu quelquefois.

Tels sont les *symptômes locaux* que l'on peut attribuer en propre à la laryngite ulcéreuse chronique. On voit que nous n'avons encore parlé ni d'accès violents de suffocation, ni de symptômes d'asphyxie, ni enfin d'aucun des signes qui dénotent le développement de l'*œdème de la glotte :* c'est que nous devons réserver ce qui regarde cette dernière affection pour un article séparé.

Maintenant, quels sont les symptômes généraux qui appartiennent à la laryngi ulcéreuse chronique ? Si l'on en croit les auteurs, ils sont extrêmement grave c'est la fièvre lente, le dépérissement, le marasme. Mais il faut prendre garde core ici de confondre ce qui appartient à la phthisie pulmonaire avec ce qui ap tient à la laryngite ulcéreuse elle-même. Dans les cas où celle-ci s'est mo seule, le dépérissement a été d'abord nul ou peu marqué ; il n'a même jamai de très grands progrès dans le cours de la maladie, et c'est un accroissemen table des symptômes locaux, un degré d'inflammation nouveau, qui ont pr toujours mis fin à l'existence, en produisant un gonflement séro-purulen

(1) *Arch. de med.*, 3e série, 1839, t. IV, p. 363.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. IX, p. 121.
(3) *Gaz. méd.*, 1833, t. I. p. 462.

glotte, et par suite l'asphyxie. Seulement, dans les cas de laryngite vénérienne, la syphilis étant devenue constitutionnelle, on remarque les signes à l'ensemble desquels on a donné le nom de *cachexie syphilitique;* nous en avons vu un exemple remarquable. Dans les derniers temps, lorsque l'inflammation prend un caractère marqué d'acuité, on observe un mouvement fébrile, comme dans la laryngite ulcéreuse aiguë.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très différente, suivant que la laryngite ulcéreuse est aiguë ou chronique : dans le premier cas, elle est rapide, on n'observe pas d'intermittences bien marquées, et l'on voit bientôt survenir les accidents de la laryngite œdémateuse, ainsi que sa terminaison funeste. La laryngite ulcéreuse chronique, au contraire, a une marche lente, irrégulière, de telle sorte qu'à des intervalles plus ou moins grands, les symptômes peuvent se calmer à plusieurs reprises, pour reparaître enfin avec une intensité inaccoutumée, et donner lieu aux mêmes accidents que la laryngite ulcéreuse aiguë.

La *durée* de la maladie ne diffère pas moins. Ainsi, dans les observations de laryngite ulcéreuse aiguë, je trouve des cas qui n'ont pas duré plus de trois ou quatre jours (1), à dater du moment où tous les symptômes étaient devenus très évidents. Rarement cette durée a été de plus de dix ou douze jours. Celle de la laryngite ulcéreuse chronique n'a point été parfaitement déterminée ; elle est souvent de plusieurs années.

La *terminaison* de la laryngite ulcéreuse aiguë est le plus souvent funeste ; presque toujours les symptômes ont persisté jusqu'à la mort sans qu'on ait pu les modérer un seul instant. En est-il de même de la laryngite ulcéreuse chronique ? Si l'on avait égard à tous les cas de ce genre cités par les auteurs, il faudrait répondre affirmativement, car dans le plus grand nombre il existait, en même temps que la phthisie laryngée, une phthisie pulmonaire, principale cause de la mort. Mais si l'on ne considère que les cas, peu nombreux à la vérité, où les poumons sont exempts de toute altération, on peut conserver l'espoir de sauver le malade, surtout si la laryngite est de nature syphilitique. Néanmoins on ne peut se dissimuler qu'il reste encore beaucoup à faire à l'observation à cet égard, car nous possédons fort peu de faits authentiques qui prouvent la terminaison favorable de cette affection.

Lorsqu'on a réussi à guérir le malade, il est rare que la voix reprenne son caractère primitif. Dans un cas que nous avons observé, la voix est restée presque teinte, bien que tous les autres symptômes eussent disparu.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les altérations anatomiques sont nombreuses et variées. Dans la *laryngite ulcé-se aiguë*, on trouve une ou plusieurs ulcérations de la membrane muqueuse, osant tantôt sur le tissu sous-muqueux, tantôt sur les muscles ; ces ulcérations rouvent ordinairement sur les cordes vocales ou à la base des cartilages aryté-

(1) Observation de Boudet, etc.

noïdes. Le reste de la muqueuse est rouge et se montre parfois tapissé d'une couche de matière puriforme. Dans un cas, M. Miller a vu une ulcération profonde entre l'épiglotte et la racine de la langue, et une autre à la face inférieure de cet opercule. Dans plusieurs de ceux que j'ai sous les yeux, il existait des abcès sous-muqueux qui souvent s'étendaient au delà du larynx.

Dans la *laryngite ulcéreuse chronique*, des ulcérations irrégulières, reposant principalement sur le cartilage cricoïde, vers son articulation avec les aryténoïdes, laissent à nu une partie plus ou moins étendue de ces cartilages. Ceux-ci sont ossifiés, cariés, nécrosés, en partie détruits. De plus, on observe les lésions que nous avons décrites à l'occasion de la laryngite ulcéreuse aiguë, et qui sont ordinairement survenues à la fin de la maladie, lorsque celle-ci a pris un caractère plus ou moins marqué d'acuité.

On a vu parfois l'épiglotte érodée, à demi-rongée, et même percée de part en part, comme Morgagni (1) en rapporte un exemple. Dans un mémoire tout récent, M. Trousseau (2) a décrit des caries et des nécroses très considérables du larynx, avec fistule externe. Il a fait figurer un cas d'ossification et de destruction du cartilage thyroïde qui donne une idée des désordres que cette affection peut produire dans le squelette cartilagineux du larynx.

Enfin, on a trouvé d'autres lésions fort importantes, puisqu'elles ont déterminé la mort; mais elles seront décrites à l'article *Œdème de la glotte*, auquel elles appartiennent plus particulièrement. Ces indications générales suffisent pour caractériser anatomiquement une maladie dont les lésions ont été décrites avec un grand soin par bon nombre d'auteurs.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — La laryngite ulcéreuse aiguë ne peut guère être confondue qu'avec des affections siégeant dans le larynx lui-même.

Nous signalerons d'abord la *laryngite aiguë simple*. Ces deux affections se distingueront l'une de l'autre aux signes suivants. La laryngite aiguë simple survient assez fréquemment dans le cours de la santé; elle détermine moins de douleur; elle donne lieu à une expectoration purement muqueuse. La laryngite ulcéreuse aiguë survient presque toujours dans le cours d'une autre affection; elle occasionne une douleur vive et constante, et parfois les crachats sont puriformes, tachés de sang. Ce diagnostic est peu précis, quoiqu'il soit fondé sur les meilleures observations.

La violence des accès, leur séparation par des intervalles de calme, pendant lesquels les symptômes sont très légers, la faiblesse et l'altération de la voix, et enfin le jeune âge des sujets qui en sont affectés suffisent pour faire distinguer la *laryngite striduleuse* de la laryngite ulcéreuse aiguë.

La *laryngite pseudo-membraneuse* ne sera point, par les mêmes raisons, confondue avec cette dernière maladie, et, de plus, nous aurons souvent, pour la distinguer, la présence des fausses membranes dans le pharynx et leur rejet par expectoration.

La *laryngite ulcéreuse chronique* a des points de ressemblance avec un p

(1) *De sedibus et causis morborum*, epist. XXVIII, 10.
(2) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, mars 1842.

grand nombre de maladies. M. le docteur Barth (1), à qui nous devons un très bon mémoire sur ce sujet, a tracé avec grand soin le diagnostic de cette affection.

Parmi les maladies qui ont leur siége dans le larynx, examinons d'abord la *laryngite chronique simple*. Dans cette affection, comme on l'a vu, la douleur est ordinairement peu vive, et surtout elle ne présente pas d'exacerbations marquées, comme la laryngite ulcéreuse chronique. La gêne de la respiration est moins considérable, et c'est, comme on l'a vu, les cas de ce genre qui ont fait dire à MM. Trousseau et Belloc que chez près de la moitié des sujets la dyspnée n'existait pas. La voix peut être très altérée dans la laryngite simple chronique, mais elle l'est généralement à un degré plus remarquable dans la laryngite ulcéreuse, qui a souvent pour siége principal les cordes vocales. Enfin cette dernière maladie offre parfois une expectoration de crachats pelotonnés, semblables à du pus concret, qu'il ne faut pas toutefois confondre avec les concrétions du même genre fournies par les amygdales ; elle présente aussi quelquefois des débris de cartilage plus ou moins altérés, ce qui est un signe pathognomonique.

On a cherché à distinguer la laryngite ulcéreuse chronique de l'*œdème de la glotte*. C'est une question importante, mais qu'il serait prématuré de traiter dans cet article, et que je renvoie au suivant, où il sera question de la *laryngite séro-purulente* ou *œdémateuse*.

Enfin un véritable *cancer du larynx* pourrait être pris pour une simple laryngite ulcéreuse. Ce cas est des plus rares, et n'intéresse par conséquent le praticien qu'à un médiocre degré. Disons seulement que dans une observation de cancer du larynx, citée par MM. Trousseau et Belloc (*loc. cit.*), la présence d'une tumeur ulcérée, au côté gauche et à la partie moyenne du larynx, fit seule reconnaître la nature de la maladie. Jusque-là on aurait pu la confondre, soit avec une laryngite ulcéreuse, soit plutôt avec une tumeur d'une nature différente.

Nous ne parlerons point ici des *végétations* trouvées dans le larynx, parce que les considérations qui s'y rattachent auront leur place ailleurs.

Parmi les maladies qui ont leur siége hors du larynx, et que l'on pourrait confondre avec la laryngite ulcéreuse chronique, nous citerons d'abord les *ulcères de la trachée*, dont Cayol (1) et M. Barth (*loc. cit.*) ont rapporté des exemples remarquables. Voici comment ce dernier auteur distingue ces ulcères de ceux du larynx : « Le siége de la douleur à la partie inférieure du cou, ou derrière la partie supérieure du sternum, la raucité peu prononcée de la voix, avec les autres symptômes d'ulcération des voies aériennes, indiquent que ces ulcérations occupent la trachée. »

On a cherché aussi à distinguer l'*asthme* et l'*emphysème pulmonaire* de la laryngite ulcéreuse chronique. Ce diagnostic me paraît peu important ; il suffit de se rappeler que dans l'asthme le timbre de la voix n'est pas sensiblement altéré, pour ne pas confondre deux maladies qui n'ont d'autre point de ressemblance que la dyspnée et l'inspiration sifflante. Enfin on a cité, comme pouvant donner lieu à une erreur de diagnostic, l'existence d'un *croup chronique*. Nous n'insisterons pas sur ce diagnostic, qui ne pourrait porter que sur des cas entièrement exceptionnels.

(1) *Archives gén. de méd.*, 3e série, 1839, t. V, p. 137 et suiv.
(2) *Recherches sur la phthisie trachéale*, thèse. Paris, 1810.

Après avoir ainsi exposé les signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse, voyons si, d'après les symptômes, on pourrait reconnaître sa nature et le siége précis qu'elle occupe dans le larynx.

1° *La laryngite ulcéreuse est-elle ou non syphilitique?* Cette question offre de grandes difficultés; elle est même insoluble dans un certain nombre de cas. Voici les signes indiqués par M. Barth : « S'il y avait absence de tout phénomène morbide du côté de la poitrine, surtout si le malade portait les traces d'une infection vénérienne constitutionnelle (ulcères ou cicatrices aux lèvres, à la gorge; pustules muqueuses, etc.), il faudrait regarder les ulcères comme de nature syphilitique. » Il est par conséquent inutile de dire que le médecin doit explorer avec le plus grand soin toutes ces parties, et surtout le pharynx, où parfois des ulcérations semblables à celles du larynx ont été observées.

2° *L'affection peut-elle être idiopathique, quoique non syphilitique? ou n'est-elle jamais qu'une complication d'une maladie plus grave, la phthisie pulmonaire?* Ici s'élèvent de nouvelles difficultés. On lit dans les auteurs un certain nombre d'observations où, à l'autopsie, on n'a trouvé de lésions que dans le larynx. Malheureusement beaucoup de ces observations manquent des détails les plus importants. Néanmoins comme il en est quelques-unes qui sont concluantes, et entre autres la première du mémoire de M. Barth, on est porté à en rechercher le diagnostic, quoique les cas soient extrêmement rares. Disons avec l'auteur qui vient d'être cité : « S'il y a à la fois absence complète de symptômes du côté des poumons et de traces d'affection syphilitique, et si les phénomènes propres aux ulcérations surviennent sans nouveau mouvement fébrile, à la suite d'une laryngite aiguë, on peut regarder ces ulcérations comme idiopathiques. » Toutefois nous devons ajouter que ce diagnostic a besoin d'être confirmé par les faits, et que, d'un autre côté, il est bien difficile, dans certains cas, de se prononcer sur l'existence des symptômes de la phthisie pulmonaire. On ne doit donc pas accorder à ces signes distinctifs une trop grande valeur.

3° *Quel est le point précis occupé par la solution de continuité?* Laissons encore parler M. Barth, qui a parfaitement traité cette question. Il dit : « Le siége de la douleur au-dessus du larynx, la difficulté de la déglutition, le retour des boissons par le nez, indiqueront que les ulcérations occupent l'épiglotte ou bien le pourtour de l'orifice supérieur du larynx, ou enfin qu'elles ont profondément altéré les cartilages aryténoïdes ou les muscles du larynx. La raucité prononcée fera penser qu'elles siégent sur les cordes vocales et ont une certaine étendue. L'extinction complète de la voix dénotera que les cordes vocales sont toutes deux profondément ulcérées, les ligaments thyro-aryténoïdiens ou les muscles du même nom altérés, ou les cartilages aryténoïdes détruits. »

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse aiguë et de la laryngite simple aiguë.*

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE.	LARYNGITE SIMPLE AIGUE.
Survient presque toujours dans la *convalescence* d'une autre maladie.	Survient le plus souvent au milieu d'une *bonne santé*.
Expectoration puriforme ; filets de sang.	Expectoration *muqueuse*
Douleur vive.	Douleur plus légère.

Ce diagnostic est loin d'être rigoureux, et dans plusieurs cas il est inapplicable.

2° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse aiguë et du pseudo-croup.*

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE.	PSEUDO-CROUP.
Accès moins marqués ; symptômes plus ou moins violents dans les *intervalles*.	*Accès* violents ; dans les *intervalles*, symptômes légers.
Mouvement fébrile plus ou moins intense.	*Mouvement fébrile* nul ou presque nul.
Voix toujours profondément *altérée*.	*Voix* seulement un peu *enrouée* dans l'intervalle des accès.
N'attaque guère que les *adultes*.	N'attaque guère que les *enfants*.

3° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse aiguë et du croup.*

LARYNGITE ULCÉREUSE AIGUE.	CROUP.
Dans le *pharynx*, *point d'altération*, si ce n'est des ulcères, dans quelques cas.	*Pseudo-membranes* dans le *pharynx*.
Expectoration muco-purulente, quelquefois striée de sang.	*Fausses membranes* dans les matières expectorées.
Dyspnée médiocrement intense dans les premiers jours.	*Suffocation* dès que la fausse membrane envahit le larynx.

4° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse chronique et de la laryngite chronique simple.*

LARYNGITE ULCÉREUSE CHRONIQUE.	LARYNGITE CHRONIQUE SIMPLE.
Douleur vive à certaines époques de la maladie.	*Douleur nulle* ou légère.
Dyspnée plus ou moins intense, surtout à certaines époques.	*Respiration facile* ou médiocrement gênée.
Voix toujours *notablement altérée*, souvent entièrement éteinte.	*Voix* parfois *médiocrement altérée*.
Expectoration *muco-purulente* : grumeaux de pus concret, parfois striés de sang.	Expectoration purement *muqueuse*.

5° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse chronique et de la trachéite ulcéreuse.*

LARYNGITE ULCÉREUSE CHRONIQUE.	TRACHÉITE ULCÉREUSE.
Douleur fixée à la *partie supérieure* du larynx.	*Douleur* à la *partie inférieure* du cou ou derrière la partie supérieure du sternum.
Voix profondément *altérée*.	*Voix* presque *intacte*.

6° *Signes distinctifs de la laryngite ulcéreuse non syphilitique et de la laryngite ulcéreuse syphilitique.*

LARYNGITE ULCÉREUSE NON SYPHILITIQUE.	LARYNGITE ULCÉREUSE SYPHILITIQUE.
Commémoratifs : Point d'infection vénérienne.	*Commémoratifs : Infection* vénérienne.
Point d'ulcères ou de cicatrices aux lèvres, à la gorge ; point de pustules muqueuses, de syphilides, etc.	*Traces syphilitiques* sur d'autres parties du corps ; syphilides, pustules, cicatrices, etc.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que ce dernier diagnostic ne peut jamais présenter une certitude absolue, excepté toutefois lorsque des symptômes vénériens consécutifs bien prononcés coïncident avec l'apparition de la laryngite.

Pronostic. — Ce que nous avons déjà dit de la terminaison de la maladie prouve assez combien elle est grave. Il est bien peu d'exemples d'une *laryngite ulcéreuse aiguë* qui se soit terminée par la guérison. Quant à la *laryngite ulcéreuse chronique*, on trouve un plus grand nombre de cas où la terminaison a été heureuse; ce sont surtout ceux qui étaient de nature syphilitique, et qui ont cédé à un traitement mercuriel.

L'ancienneté de la maladie, les désordres profonds annoncés par les matières organiques contenues dans l'expectoration, rendent le pronostic plus grave : toutefois il peut y avoir quelques exceptions à cette règle générale, puisque chacun connaît ce fait tant de fois cité, dans lequel Hunter a vu un homme guérir parfaitement après l'expectoration d'un fragment du cartilage cricoïde carié; mais ces exceptions sont excessivement rares.

Il est presque inutile de dire que la laryngite ulcéreuse compliquant la phthisie pulmonaire doit être considérée comme mortelle.

Reste maintenant une question qui a été fort débattue, et qui a divisé les meilleurs esprits : *La phthisie pulmonaire peut-elle être consécutive à la laryngite ulcéreuse? peut-elle être, comme on l'a dit, produite par cette laryngite?* On a cité des cas dans lesquels, malgré l'existence incontestable d'une laryngite ulcéreuse, la poitrine, explorée par tous les moyens connus, et avec beaucoup de soin, n'a présenté d'abord aucun signe de tubercules, et dans lesquels la phthisie pulmonaire, s'étant déclarée plus tard, a causé la mort. S'ensuit-il que, dans ces cas, la phthisie pulmonaire ait réellement été produite par la laryngite ulcéreuse? Le fait ne me paraît pas démontré; car : 1° les signes diagnostiques, au début d'une phthisie pulmonaire, ne sont pas assez sûrs, dans tous les cas, pour que les hommes les plus exercés ne puissent les méconnaître; et 2° les faits cités sont en trop petit nombre pour prouver qu'il n'y a pas eu une simple coïncidence entre le développement de la phthisie pulmonaire et celui de la laryngite ulcéreuse.

§ VII. — Traitement.

Une grande difficulté s'élève quand il s'agit du traitement de la laryngite ulcéreuse. On en comprendra facilement la cause : les observateurs n'ayant pas eu soin de distinguer cette forme de laryngite de plusieurs autres qui ont avec elles des points de ressemblance, il en résulte que les moyens de traitement ont été appliqués indistinctement à des états très divers. Nous allons faire connaître ce que l'on trouve de plus précis dans les faits publiés, en engageant les médecins à vérifier l'exactitude des assertions émises par les auteurs.

Il serait inutile de remonter bien haut dans l'histoire de la médecine pour chercher des moyens de traitement propres à la laryngite ulcéreuse. A une époque reculée, en effet, le diagnostic, moins précis encore que dans les dernières années, ne permettait pas d'indiquer un traitement spécial pour chaque espèce de laryng[ite]. Toutefois on ne saurait admettre, avec MM. Trousseau et Belloc, que les anc[iens] n'ont rien laissé sur le traitement de la phthisie laryngée. Déjà Vidus Vidius

(1) *Opera omnia*, Francofurti, 1696, lib. VIII, cap. VI, p. 315.

qui a reconnu et décrit les ulcères du larynx mieux que ne l'ont fait après lui beaucoup d'auteurs, qui a même très bien indiqué la terminaison par suffocation, et qui enfin a parlé en propres termes de la communication de la phthisie laryngée aux poumons, a donné de nombreux moyens thérapeutiques contre cette maladie. Zacutus Lusitanus (1), Th. Bonet (2), et enfin Carolus Musitanus (3), ont ensuite imité son exemple. Nous indiquerons les principaux moyens mis en usage par ces auteurs.

1° *Traitement de la laryngite ulcéreuse aiguë.* — Les symptômes d'inflammation étant très violents dans cette affection, on est tout naturellement porté à leur opposer un traitement antiphlogistique énergique ; aussi, dans aucun cas, les médecins n'y ont-ils manqué. Ainsi on a appliqué de nombreuses *sangsues* à la partie antérieure du cou, et la *saignée générale* a été fréquemment employée. Le praticien doit nécessairement avoir recours à ces moyens. Toutefois il ne doit pas espérer d'obtenir par eux une guérison radicale ; mais, en faisant tomber l'inflammation violente du larynx, il fait disparaître le gonflement des parties molles, remédie à la suffocation, et réduit la maladie à un simple ulcère. Les réflexions suivantes, faites à ce sujet par MM. Trousseau et Belloc, me paraissent devoir être prises en considération par le praticien : « Les faits, disent-ils (p. 308), nous ont appris que la saignée du bras donne, en général, des *résultats* plus favorables que l'application des sangsues vers le siége du mal, à moins pourtant que celles-ci ne soient mises en grand nombre. L'application des *ventouses scarifiées à la nuque* est encore un moyen utile ; il passe pourtant après les deux autres. Des motifs particuliers devront faire préférer un mode spécial d'émission de sang. Ainsi on appliquera des sangsues aux cuisses, si la maladie du larynx coïncide avec la suppression ou la diminution du flux menstruel ; au siége, s'il y a eu des hémorrhoïdes dont la suppression ait coïncidé avec l'inflammation du larynx, etc., etc. »

Émollients. — On prescrit ordinairement des *boissons* et des *gargarismes émollients :* ces moyens ne peuvent être regardés que comme des adjuvants. Quant aux *cataplasmes chauds* dont on entoure le cou, MM. Trousseau et Belloc pensent qu'ils produisent quelquefois un effet tout opposé à celui qu'on en attendait. « Ils provoquent, disent-ils, vers la gorge, une fluxion sanguine considérable, et les accidents, loin d'être calmés, subissent au contraire une grande aggravation. » On aura égard à ces considérations, tout en regrettant qu'elles ne soient pas appuyées sur des faits plus positifs.

Narcotiques. — Les narcotiques ont été aussi fréquemment employés soit à l'intérieur, soit par le moyen des *fumigations ;* mais à ce sujet je ne dois pas répéter ce que j'ai dit relativement à la laryngite simple chronique (voy. p. 372). La même réflexion s'applique à l'emploi du *calomel*, des *vésicatoires*, de l'huile de *croton tiglium*, des *éméto-cathartiques ;* et on le conçoit facilement quand on pense qu'avant d'avoir produit l'œdème ou l'infiltration séro-purulente de la glotte, la laryngite ulcéreuse est généralement traitée comme une laryngite aiguë simple. D'un autre côté, rappelons-nous que ces divers moyens ont réussi bien rarement dans les cas d'ulcère confirmé, ce qui a fait dire au docteur James Bedingfield

(1) *Prax. med. adm.*, obs. CVII. Ludg., 1643.
(2) *Polyathes.* Gen., 1691, t. II, p. 31.
(3) *Opera med., t. II, cap.* XLIII, p. 213. Genevæ, 1716.

(*loc. cit.*) : « Tous les cas d'ulcération du larynx et de la trachée ont eu une issue funeste, et je me sens par conséquent incapable d'indiquer quelque mode satisfaisant de traitement. » Il est donc évident que, dans ce cas, les médications mises en usage ont jusqu'à présent une importance médiocre. On doit néanmoins faire une exception en faveur des *larges vésicatoires* appliqués sur le larynx ; car, dans deux cas de guérison cités par M. Miller (*loc. cit.*), c'est le moyen qui a agi le plus efficacement.

Lorsque les symptômes d'œdème de la glotte se manifestent, il faut se hâter de recourir aux moyens qui seront indiqués dans le traitement de cette affection.

Si, au contraire, les symptômes inflammatoires ont disparu, la maladie est réduite à l'état d'ulcère du larynx qu'il faut traiter par les moyens que nous allons indiquer dans le traitement de la laryngite ulcéreuse chronique.

2° *Traitement de la laryngite ulcéreuse chronique.* — On remarque, dans le cours de cette affection, des exacerbations plus ou moins nombreuses, pendant lesquelles apparaissent des symptômes d'acuité. Il faut alors mettre en usage le traitement qui vient d'être indiqué pour la laryngite ulcéreuse aiguë. Mais, hors de ces époques, on se conduira ainsi qu'il suit.

Les moyens diffèrent suivant qu'on pense que la maladie est ou n'est pas syphilitique. Dans ce dernier cas, il faut avoir recours à presque tous les remèdes indiqués à l'article *Laryngite chronique simple* (voy. p. 352 et suiv.).

On prescrira une *tisane* légèrement excitante, telle que l'infusion de sauge, de romarin, etc. ; on pourra varier ces infusions suivant le désir des malades.

Révulsifs. — Les révulsifs sont peut-être plus nécessaires dans cette espèce de laryngite chronique que dans toute autre, non qu'ils puissent par eux-mêmes faire obtenir la cicatrisation des ulcères, mais parce qu'ils peuvent empêcher l'inflammation de leurs bords, et l'infiltration qui en est la suite, ainsi que tout le cortége d'accidents qui constitue la *laryngite œdémateuse* ou *séro-purulente*. Ainsi l'on aura recours à de *larges vésicatoires* appliqués sur la partie antérieure du cou, à la nuque et sur la poitrine; aux *frictions stibiées;* à l'emploi de la *potasse caustique*, d'après le procédé de MM. Trousseau et Belloc; aux frictions avec l'*huile de croton tiglium* sur les points laissés intacts (1).

Narcotiques. — On a aussi recours aux divers médicaments narcotiques. On pourra mettre en usage ceux qui ont été indiqués dans l'article déjà cité; toutefois nous devons dire que J. Frank ne leur accorde pas une grande confiance ; il ne fait d'exception que pour la *jusquiame noire*, qu'il prescrit à l'intérieur et à l'extérieur. Voici comment il administre ce médicament :

Émulsion de J. Frank.

℞ Semence de jusquiame noire.	1,25 gram.	Poudre de gomme arabique...	àà 8 gram.
Amandes douces...........	8 gram.	Sucre blanc...............	

Triturez et ajoutez :

Eau.. Q. s.

Pour une émulsion de 500 grammes.

(1) Voyez, pour les détails, l'article *Laryngite simple chronique*, p. 371 et suiv.

M. Hawkins (*loc. cit.*) recommande les fumigations avec les feuilles de ciguë, faites de la manière suivante :

℞ Feuilles de ciguë........ 5 gram. | Eau bouillante............ 500 gram.

Le malade enveloppera sa tête d'un linge, et respirera pendant cinq ou dix minutes la vapeur chargée du principe médicamenteux.

A l'extérieur, ce praticien ordonne de légères frictions avec l'*huile cuite de jusquiame* sur la partie antérieure du cou, et il affirme qu'un grand nombre de malades ont été soulagés par ce moyen. Enfin on pourra avoir recours à l'*emplâtre de belladone*, recommandé par MM. Graves et Stockes (voy. p. 373).

Les anciens employaient, à l'intérieur, plusieurs médicaments qui sont abandonnés aujourd'hui, et il faut l'avouer, avec raison ; car non-seulement on ne trouve nulle part des faits qui leur soient favorables, mais encore ils sont variables dans leur composition. Je ne citerai pour exemple que les baumes de soufre (simples dissolutions dans diverses huiles fixes ou volatiles), qui ont été préconisés par Th. Bonet et Carolus Musitanus (*loc. cit.*).

Médication topique. — Cette médication doit être regardée comme la plus importante ; car, parmi celles qui ont été indiquées jusqu'à présent, il n'en est aucune qui compte des succès bien authentiques. Nous ne pouvons encore que renvoyer à ce qui a été dit à l'occasion de la laryngite simple chronique sur l'emploi des *fumigations sèches*, des diverses *cautérisations* et de l'*insufflation des médicaments pulvérulents*. Nous ferons seulement remarquer ici que déjà Vidus Vidius avait une idée de l'influence des topiques sur les ulcères laryngés. Voici en effet un gargarisme qu'il recommande d'employer dans tous les cas :

Gargarisme de Vidus Vidius.

℞ Orge..................	2 poignées.	Raisins secs...............	âà 15 gram.
Roses rouges...........	30 gram.	Jujubes..................	
Feuilles d'apium graveolens.	15 gram.	Figues sèches.............	
Racine de réglisse........	15 gram.		

Faites bouillir le tout dans :

Eau commune.. Q. s.

Continuez l'ébullition jusqu'à réduction d'un tiers, et édulcorez avec :

Miel rosat.. 30 gram.

Se gargariser cinq ou six fois par jour.

Vidus Vidius avait encore imaginé d'incorporer dans le miel certaines substances astringentes ou absorbantes, telles que la *terre sigillée*, l'*encens*, la *myrrhe*, réduits en poudre, et de faire avaler lentement au malade ces préparations qui avaient une consistance moyenne entre le sirop et l'opiat, de manière qu'une portion du médicament s'arrêtât sur la partie supérieure du larynx. Il espérait même qu'il en entrerait une certaine quantité dans la cavité de cet organe. C'est là évidemment une tentative de médication topique, mais encore bien grossière.

M. Patissier (1) a essayé, chez un sujet, le médicament suivant :

℞ Miel................	120 gram.	Sulfate de potasse.........	2 gram.

Mêlez. Frottez avec ce mélange l'intérieur de la bouche et du pharynx.

Ce remède n'a paru avoir aucun effet favorable dans ce cas.

Aujourd'hui on emploie l'*insufflation* et l'*introduction* d'un liquide médicamenteux à l'aide d'une éponge portée sur une baleine, qui font parvenir directement une partie du remède sur le point qu'il faut guérir. Parmi les substances médicamenteuses que l'on doit porter ainsi dans le larynx, il faut principalement choisir les caustiques liquides; les médicaments pulvérulents ont l'inconvénient de déterminer une toux bien plus violente, bien plus opiniâtre, et par conséquent de nuire au succès de la médication. Si toutefois on choisissait un médicament pulvérulent, c'est au *nitrate d'argent* qu'on donnerait la préférence, et l'on emploierait une des formules citées à la page 456.

Traitement de la laryngite ulcéreuse syphilitique. — C'est, avons-nous dit, dans cette affection que les succès les plus nombreux ont été obtenus; aussi, dès que l'on peut avoir, non pas la certitude, mais seulement quelques soupçons que la laryngite est de nature vénérienne, on doit se hâter d'employer un traitement approprié.

Pour *tisane*, J. Frank conseille la *décoction de racine de salsepareille* mêlée avec du lait. Zacutus Lusitanus (*loc. cit.*, *De rauced. voc.*) cite un cas de guérison dans lequel la salsepareille a été seule employée. Le sujet était un homme qui avait contracté anciennement la syphilis, et qui depuis plusieurs années avait la voix tellement altérée, qu'il ne pouvait pas se faire comprendre.

Suivant M. Hawkins (*loc. cit.*), la salsepareille a l'inconvénient de troubler les fonctions de l'estomac. Pour obvier à cet inconvénient, il recommande d'ajouter à la décoction une petite quantité de *gingembre*.

On devra employer concurremment une *préparation mercurielle :* ainsi les *pilules de Sédillot*, suivant la formule de M. Rayer (voy. p. 333), ou bien les suivantes :

Pilules de proto-iodure de mercure.

℞ Proto-iodure de mercure.	āā 1 gram.	Extrait gommeux d'opium....	0,45 gram.
Thridace.............		— de gaïac.............	4 gram.

Pour trente pilules. Dose : une le soir, cinq heures après le repas, ou une le matin et une le soir, si l'on juge à propos d'augmenter la dose.

Les auteurs anglais recommandent en général l'emploi du *calomel*, mais ils ne sont pas d'accord sur la dose : ainsi, tandis que M. Kawkins conseille de pousser l'usage de ce médicament jusqu'à la salivation, J. Cheyne (2), au contraire, regarde cet effet du mercure comme bien funeste. Les faits n'ont point encore prononcé sur ce point.

Plusieurs praticiens, parmi lesquels il faut compter M. Hawkins, ont recon

(1) *Bibliothèque méd.*, 1820, t. LXVII, p. 2101.
(2) *Cyclopædia of practical medecine*. London, 1834, t. III, art. LARYNGITIS.

[redacted]

mandé particulièrement les *fumigations de cinabre*, que l'on devra pratiquer avec les précautions longuement indiquées à l'article *Coryza ulcéreux* (*ozène*).

Il est bien entendu que si ces préparations mercurielles ne suffisaient pas, on les remplacerait par une des nombreuses formules qui se trouvent dans les pharmacopées. Toutefois on ne doit pas les abandonner trop facilement. Il est bien plus important encore de ne pas s'obstiner à administrer les préparations mercurielles dans des cas où la constitution paraît altérée par l'abus même du mercure; on augmenterait le désordre, au lieu d'y remédier. Dans un cas semblable, on aurait recours, probablement avec plus de succès, à la tisane de Feltz, qui contient une substance à laquelle l'organisme n'est pas encore habitué. En voici la formule :

Tisane de Feltz.

℞ Salsepareille............	60 gram.	Sulfure d'antim. lavé à l'eau bouill.	90 gram.
Colle de poisson.........	10 gram.	Eau......................	2 litres.

Réduisez à un litre. A prendre dans la journée, par verres.

J. Frank accorde beaucoup de confiance à de *légères frictions mercurielles;* c'est en effet un moyen qui a été de tout temps regardé comme très efficace dans les symptômes consécutifs de la syphilis. On les pratiquerait ainsi qu'il suit :

FRICTIONS MERCURIELLES.

Chaque jour, une friction faite alternativement sur la partie interne des cuisses et des bras, de sorte que tous les quatre jours on recommence les frictions par le membre sur lequel on les a d'abord pratiquées. Tous les quatre jours, un bain tiède, à la suite duquel le malade se couchera dans un lit chaud, de manière à provoquer une douce transpiration. Pour chaque friction, on emploie 2 grammes d'onguent mercuriel. La durée de la friction varie de cinq à dix minutes. Pendant toute la durée de ce traitement, il faut éviter avec soin le froid et l'humidité. Le médecin doit surveiller attentivement l'état de la bouche, de crainte qu'il ne survienne un afflux sanguin vers la gorge, qui augmente les accidents que l'on veut combattre.

M. le docteur Audouard (1) pense que ces frictions ont plus d'efficacité lorsqu'elles sont *pratiquées sur les parties génitales*, à cause de la sympathie qui existe entre ces parties et le larynx; mais rien, pas même l'observation rapportée par ce médecin, ne prouve l'exactitude de cette assertion.

L'*onguent mercuriel de Cirillo* pourrait être employé de la même manière, mais à une dose moitié moindre. Voici sa préparation :

℞ Deutochlorure de mercure. 4 gram. | Axonge................ 30 gram.

Mêlez et triturez ensemble dans un mortier de verre, pendant douze heures.

Si une seule friction par jour paraissait insuffisante, on en prescrirait deux par jour avec les précautions que je viens d'indiquer. Enfin, si l'on jugeait nécessaire

(1) *Revue méd.*, 1837.

d'employer un médicament topique, on aurait recours à l'insufflation de la poudre de calomel.

Telles sont les médications conseillées dans la laryngite ulcéreuse. Nous n'avons point encore parlé de quelques moyens qui ne peuvent être regardés que comme des adjuvants, tels que les *purgatifs*, les *pédiluves*, les *manuluves sinapisés*, les *lavements excitants*. Il suffit de les mentionner.

Trachéotomie. — Nous devons encore répéter ici ce que nous avons dit plusieurs fois, c'est que dans cet article il n'est question que de la laryngite ulcéreuse qui n'a pas encore déterminé une infiltration et une tuméfaction de la glotte assez considérables pour produire un commencement d'asphyxie. Or, dans ces cas, on ne saurait se décider à pratiquer une opération que la dyspnée peu intense n'indique nullement. Cependant on a pensé, et M. Bedingfield a proposé formellement, de pratiquer la laryngo-trachéotomie, afin de pouvoir porter directement sur le siége du mal les médicaments convenables : nous ne pensons pas qu'une pareille pratique soit admissible. L'opération, en effet, a par elle-même des dangers que l'on ne saurait nier ; et tant que la respiration est encore possible, il reste au médecin d'assez nombreux moyens à expérimenter, pour qu'il ne se presse pas d'employer l'instrument tranchant. MM. Trousseau et Belloc s'expriment, à ce sujet, ainsi qu'il suit : « Quand la tuméfaction de la membrane muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent en est venue au point de ne plus permettre à une suffisante quantité d'air de s'introduire dans les poumons, on doit ouvrir à la respiration une nouvelle voie assez large pour prévenir la mort qui est imminente. » Personne aujourd'hui ne s'élèvera contre un pareil précepte, mais il s'applique bien plutôt à la *laryngite œdémateuse* ou *séro-purulente*, comme on le verra dans l'article suivant.

Dans un cas de laryngite syphilitique, le docteur Aston Key (1) fut obligé de pratiquer *trois fois* la trachéotomie, et la dernière fois, Liston, appelé auprès du malade, dut enlever, avec la pince qui porte son nom, un grand fragment de cartilage de la trachée qui s'était ossifié. La nécessité de recourir plusieurs fois à l'opération fut occasionnée par l'occlusion de l'ouverture qui chassait la canule. Ces opérations ne réussirent qu'à prolonger les jours du malade, dont la mort fut causée par des lésions profondes des bronches et du tissu pulmonaire.

Cette laryngite peut produire le *rétrécissement du larynx*, et par suite des accidents de suffocation auxquels M. le docteur Saucerotte père (2) a donné le nom impropre de *spasme de la glotte*. Ces accidents étaient évidemment causés, dans le cas que rapporte ce médecin, par une inflammation intercurrente. Plusieurs moyens énergiques avaient échoué, lorsque ce médecin eut l'idée de recourir aux *inspirations de chloroforme*, et le calme se rétablit aussitôt.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA LARYNGITE ULCÉREUSE.

1° Le malade devra garder un silence presque absolu, ou même absolu si le [cas] est assez grave pour l'exiger.

(1) *The Lancet*, et *Bull. gén. de thér.*, 15 juin 1850.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 15 juillet 1852.

2° Il se couvrira le corps de flanelle, évitera avec soin le froid et l'humidité.

3° Il évitera de marcher rapidement contre le vent, et d'aspirer des poussières qui pourraient provoquer la toux.

4° Il s'interdira les grandes fatigues corporelles et les excès de tout genre.

Régime. — On peut consulter, pour le régime, l'article *Laryngite simple.* Il est inutile de dire que dans la laryngite ulcéreuse aiguë, la diète doit être absolue ; mais dès que les symptômes inflammatoires ont disparu, on ne doit plus insister sur un régime trop sévère qui affaiblirait inutilement le malade. Cette recommandation est encore plus importante pour les cas où la constitution a été détériorée par une syphilis invétérée. Alors le *régime nutritif* et une petite quantité de *vin vieux* deviennent nécessaires.

Nous n'avons point parlé jusqu'à présent du traitement des lésions qui peuvent exister dans une autre partie du corps, concurremment avec la laryngite ulcéreuse. Il n'entre pas en effet dans mon plan de traiter des complications. Néanmoins, comme dans certains cas, la laryngite ulcéreuse, tout en restant la maladie principale, peut s'accompagner de symptômes encore peu intenses de *phthisie pulmonaire*, le médecin doit surveiller attentivement l'état de la poitrine, afin de pouvoir, dans des cas semblables, mettre au plus tôt en usage les moyens qui conviennent dans cette dernière maladie, et qui seront indiqués lorsque nous en tracerons l'histoire.

Résumé, ordonnances. — Nous ne présenterons ici qu'un petit nombre d'ordonnances, la plupart de celles qui ont été consignées dans l'article *Laryngite simple chronique* pouvant s'appliquer à la laryngite ulcéreuse.

1re Ordonnance.

LARYNGITE ULCÉREUSE CHRONIQUE NON SYPHILITIQUE.

1° Pour tisane :

℞ Sommités de sauge ou de romarin .... 10 gram.	Eau bouillante .... 1 kilogr.

Faites infuser pendant un quart d'heure ; édulcorez avec :

Sirop de gaïac .... 30 gram.

A prendre par grands verres dans la journée.

2° Un large vésicatoire sur la partie antérieure du cou.

3° Insufflation, matin et soir, avec la poudre de nitrate d'argent (voyez p. 379 et suiv.).

4° Maintenir le ventre libre à l'aide de minoratifs. Un pédiluve sinapisé tous les soirs.

5° Se couvrir le corps de flanelle ; éviter le froid et l'humidité ; garder le silence ; suivre un régime doux et léger.

A l'aide des nombreux détails donnés à l'article *Laryngite simple chronique*, on pourra faire d'autres ordonnances qui s'appliqueront à tous les cas.

IIe Ordonnance.

LARYNGITE ULCÉREUSE SYPHILITIQUE.

1° Pour tisane :

℞ Salsepareille incisée.....	65 gram.	Écorce de garou..........	ãã 10 gram.
Gaïac râpé..........	ãã 10 gram.	Colle de poisson..........	
Écorce de buis........		Eau....................	1500 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un litre, et passez. A prendre par verres, dans la journée (tisane d'Arnoud).

Édulcorez avec

Sirop de gentiane.................................... 60 gram.

2° Tous les jours, une ou deux pilules de proto-iodure de mercure (voy. p. 233).

3° ℞ Onguent mercuriel.... 50 gram. | Extrait de belladone........ 18 gram.

Mêlez exactement.

Faire matin et soir, sur la partie antérieure du cou, une friction avec 4 grammes de ce mélange (Trousseau et Belloc).

Ou bien prescrire les frictions mercurielles suivant le procédé de J. Frank (voy. p. 233).

4° Employez les autres moyens prescrits dans les cas de laryngite ulcéreuse non syphilitique.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Laryngite ulcéreuse aiguë :* saignées; émollients; narcotiques; révulsifs.

2° *Laryngite ulcéreuse chronique :* révulsifs; narcotiques; caustiques liquides ou pulvérulents; gargarismes excitants; astringents; cathérétiques.

3° *Laryngite ulcéreuse syphilitique :* sudorifiques; mercuriaux; tisane de Feltz, etc.

ARTICLE VI.

ŒDÈME DE LA GLOTTE (*laryngite œdémateuse et séro-purulente*).

La terminaison des diverses angines a, de tout temps, fixé l'attention des pathologistes. Ils ont tous signalé le grave danger de ces affections, lorsqu'elles prennen une intensité notable, et la mort, survenue par asphyxie dans les cas nombreu que possède la science, les a frappés vivement. Mais quelle était la véritable cau de cette asphyxie? Quelle était la lésion anatomique qui rendait ainsi le ca aérien imperméable à l'air? Voilà ce que l'absence de connaissances anatomi pathologiques bien précises ne leur permettait pas toujours d'établir. L'infiltra- séreuse ou séro-purulente de la glotte est, parmi les lésions qui déterminent ce g de mort, celle qui est restée le plus longtemps inconnue. Il faut arriver à Mo gni (1) pour trouver des détails circonstanciés sur l'infiltration des parties moll

(1) *De causis et sedibus morborum*, epist. IV, 27; epist. XLIV, 13.

larynx chez les individus affectés de laryngite ulcéreuse chronique. Plus tard Bichat (1) a indiqué en quelques mots les lésions anatomiques de cette affection, et, de plus, signalé ses symptômes les plus saillants. Il dit (p. 399) : « Ce qu'il y a de certain, c'est que la portion (de la membrane muqueuse) qui forme l'ouverture supérieure du larynx est soumise à une espèce particulière d'engorgement séreux qui ne se manifeste en aucun autre endroit, et qui, épaississant beaucoup ses parois, suffoque souvent en très peu de temps les malades. » Plus loin encore (p. 404), il cite un exemple de cette affection survenue chez un chien auquel il avait pratiqué des incisions au-dessus du larynx, et dont il avait percé l'épiglotte. « Une fois, dit-il, un des chiens soumis à cette expérience est mort, le lendemain, d'une angine séreuse exactement semblable à celle qui suffoque tout à coup les malades, et qui a son siége dans les deux replis de membrane muqueuse étendus entre les aryténoïdes et l'épiglotte. »

Mais quelque précises que fussent ces indications, il y avait loin de là à la description détaillée de la maladie et à l'appréciation des principales circonstances dans lesquelles elle se produit. Aussi peut-on dire qu'avant Bayle la maladie n'était réellement pas connue, car il ne faut pas se laisser tromper par certaines dénominations employées par les auteurs du dernier siècle. Lorsqu'on lit, par exemple, la description faite par Boerhaave et son commentateur sous le titre d'*Angina aquosa*, on est bientôt convaincu que ces deux médecins célèbres n'avaient point une idée exacte de la maladie dont il s'agit, et voulaient principalement parler de l'infiltration séreuse des parties molles du pharynx (2).

C'est donc à Bayle qu'appartient véritablement l'honneur d'avoir fait connaître l'ensemble des accidents dus à ce qui a été appelé généralement depuis *œdème de la glotte* (3).

Depuis lors, de nombreux travaux ont été publiés sur la laryngite œdémateuse; les plus récents sont ceux de MM. Trousseau et Belloc, Legroux, Bricheteau, Fleury (4), Sestier (5), et j'ai moi-même traité ce sujet dans tous ses détails (6). Ce travail ayant été fait d'après un nombre considérable d'observations dont l'étude m'a conduit à quelques résultats nouveaux et importants, nous devrons le citer fréquemment dans le cours de cet article. Nous ne signalerons pas ici les autres auteurs qui se sont occupés de ce sujet, parce que nous aurons à les mentionner souvent. Nous dirons seulement que leurs recherches ont, sur plusieurs points, modifié les idées de Bayle, et qu'un de ceux qui les premiers ont signalé les points sur lesquels ces idées devaient être modifiées est M. Bouillaud, dont le mémoire sur l'angine œdémateuse (7) contient des observations fort intéressantes.

(1) *Anatomie descriptive*, t. II, *Membrane laryngée*.
(2) *Aphorismi*, t. II, p. 634.
(3) Son mémoire, lu en 1808 à la Société de médecine de Paris, et reproduit en partie dans le *Dictionn. des sciences méd.*, se trouve inséré en entier dans le *Nouveau Journal de méd. chir.*, etc., etc., janvier 1819, t. IV.
(4) *Des causes, de la nature et du traitement de l'angine laryngée œdémateuse* (*Journ. de méd.*, janvier 1844).
(5) *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*. Paris, 1852.
(6) *Mém. sur l'œdème de la glotte* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1845, t. XI).
(7) *Archives gén. de médecine*, 1re série, 1825, t. VII, p. 74. — *Traité de nosographie médicale*. Paris, 1846, t. II, p. 420.

I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'œdème de la glotte est une affection dans laquelle, à la suite d'une inflammation peu intense, de la formation d'un abcès, ou bien de l'inflammation des bords d'un ulcère récent ou ancien, les replis muqueux du larynx s'infiltrent de sérosité mêlée ou non de pus, obstruent l'ouverture de la glotte et donnent lieu aux symptômes de l'asphyxie. Ce n'est point ici le lieu de défendre cette *définition*, que les recherches les plus récentes m'ont fait adopter ; nous y reviendrons lorsque les lésions anatomiques auront été décrites.

Bayle avait donné à cette affection le nom d'*œdème de la glotte* ou *angine laryngée œdémateuse*. M. Bricheteau (1) lui conserve le nom d'*angine aqueuse* que Boerhaave avait appliqué, ainsi que nous l'avons vu, à une maladie mal déterminée. M. Cruveilhier (2) veut qu'on lui donne le nom de *laryngite sous-muqueuse*, et l'auteur de l'article INFLAMMATION DU LARYNX du *Dictionnaire de médecine* (t. XVII, 1838) a adopté cette dénomination. On verra plus loin que ce dernier nom ne peut pas convenir à la maladie dont il s'agit ; car c'est tantôt une inflammation superficielle de la muqueuse, et tantôt une ulcération profonde qui donnent lieu à l'*infiltration sous-muqueuse* des parties voisines.

Sans être une maladie des plus *fréquentes*, la laryngite œdémateuse ou séro-purulente n'est pas non plus très rare. Aujourd'hui la science en possède un grand nombre d'exemples, mais il faut les chercher sous les titres de *phthisie laryngée*, *laryngite ulcéreuse*, etc., affections dont elle est la terminaison.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Il est fort rare d'observer cette espèce de laryngite chez les enfants. Guersant et MM. Blache, Trousseau et Belloc ont parlé de quelques cas d'anasarque dans lesquels le larynx se serait infiltré comme le reste du corps. Ces deux derniers auteurs citent même l'observation d'une petite fille de huit ans qui, étant prise d'une infiltration générale après la scarlatine, présenta tous les symptômes d'une angine œdémateuse. Mais l'enfant ayant heureusement guéri, l'état du larynx ne put être constaté. Billard (3) rapporte des cas à peu près semblables, observés chez des nouveau-nés. Mais tous ces faits manquent des détails nécesaires pour fixer notre opinion. MM. Barthez et Rilliet (4) ont cité deux cas d'œdème chez des enfants de quatre à cinq ans. Ce sont les faits les plus authentiques qui prouvent l'existence de cette maladie à cet âge. M. Barrier (5) en a vu un cas chez un enfant de sept ans et demi. Quant à nous, sur trente-six cas que nous avons consultés (voy. *Mém. cit.*, p. 121), nous n'en avons trouvé que deux dont les sujets avaient moins de dix ans. Mais Sestier (6), ayant réuni un plus grand nombre d'o

(1) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1841, t. XII, p. 315.
(2) *Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, art. LARYNGITE.
(3) *Traité des maladies des enfants*, p. 511.
(4) *Traité clinique des maladies des enfants*, t. I, p. 431.
(5) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 1844.
(6) Sestier, *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*. Paris, 1852, p. 127.

servations, est arrivé à des résultats plus importants. Sur deux cent quinze cas d'angine œdémateuse, il en a trouvé cent quatre-vingt-dix-huit chez des jeunes gens au-dessus de quinze ans, des adultes et des vieillards; cinq chez des enfants de dix à quinze ans; douze chez des enfants de dix ans et au-dessous, mais jamais au-dessous de deux ans. D'après ces relevés, c'est de dix-huit à trente-cinq ans que l'angine œdémateuse a été le plus fréquente.

Sexe. — Cette maladie atteint plus fréquemment le *sexe masculin* que le sexe féminin; car, sur quarante cas que nous avons rassemblés, nous avons trouvé vingt-neuf hommes et onze femmes seulement, et Sestier (1), sur cent quatre-vingt-sept malades, a trouvé cent trente et un hommes et cinquante-six femmes, ce qui doit, selon toute apparence, être attribué aux habitudes hygiéniques.

Il en est de même de la *constitution*, mais seulement de la constitution primitive des sujets; car il est certain que souvent la maladie se produit chez des individus affaiblis et détériorés par des affections aiguës et chroniques.

Cette dernière circonstance est même la plus importante à considérer; c'est la seule que l'observation ait mise complétement hors de doute. Si, en effet, nous examinons attentivement tous les cas dans lesquels cette espèce de laryngite s'est manifestée, nous en trouvons infiniment peu qui n'aient eu lieu *dans le cours ou dans la convalescence* d'une autre maladie. C'est ainsi que, sur cent quatre-vingt-dix individus observés par Sestier (2), trente-six seulement étaient bien portants, trente-deux étaient convalescents, et cent vingt-deux étaient déjà malades quand l'angine œdémateuse s'est développée; sur les trente-deux convalescents, il y en avait dix-huit qui avaient eu une fièvre typhoïde.

Bien plus, la laryngite œdémateuse n'est le plus souvent qu'une terminaison de la laryngite ulcéreuse, en sorte que, dans l'esprit du pathologiste, ces deux affections, lorsqu'elles se succèdent, n'en forment réellement qu'une, les progrès de celle-ci donnant presque nécessairement naissance à l'autre. Aussi la division que nous avons établie est-elle tout artificielle, et ne peut-elle être excusée que par les nécessités de la pratique.

État de santé antérieur. — Pour préciser davantage, et résoudre avec connaissance de cause une question fréquemment discutée dans ces dernières années, j'ai rassemblé les observations les plus concluantes, et de leur examen il résulte ce qui suit : Sur quarante observations empruntées à Bayle, à MM. Tuilier (3), Bouillaud (4), Miller (5), Cruveilhier, Trousseau et Belloc, Legroux, Bricheteau, etc., nous n'en trouvons que quatre dans lesquelles la maladie ait paru se développer, dans l'état de santé, par une laryngite primitive. Dans tous les autres cas, l'infiltration séreuse ou séro-purulente des replis aryténo-épiglottiques était apparue, soit dans la convalescence d'une maladie aiguë, soit dans le cours d'une affection du larynx, et principalement des ulcères syphilitiques ou non syphilitiques. Les maladies dans la convalescence desquelles s'est déclarée la laryngite œdémateuse sont : la pneumonie, le catarrhe pulmonaire, la phthisie, les diverses formes de fièvres

(1) *Loc. cit.*, p. 129.
(2) *Loc. cit.*, p. 131.
(3) *Essai sur l'angine œdémateuse*, thèse, 1815.
(4) *Arch. de méd.*, 1825, t. VII, p. 174.
(5) *London med. Gaz.*, janvier 1833.

admises à l'époque où écrivait M. Tuilier, la fièvre typhoïde, l'angine pharyngienne observée par M. Bricheteau, etc. C'est surtout dans la convalescence des fièvres que cette affection s'est le plus fréquemment montrée. Dans deux cas cités par MM. Bouillaud et Miller, un érysipèle qui envahit la tête et le cou précéda l'apparition des symptômes laryngiens.

Enfin il résulte des faits recueillis par Sestier (1), que l'œdème de la glotte peut survenir à la suite de *plaies à la région antérieure et supérieure du cou*, et être causé par des *corps étrangers arrêtés dans le larynx*.

On voit par là que l'infiltration séreuse ou séro-purulente du larynx demande, pour être produite, des conditions particulières, et qu'on ne doit guère la redouter comme affection primitive.

Une dernière question, qui touche à la *nature de la maladie*, est celle de savoir si l'œdème de la glotte peut se développer sans inflammation préalable; si, en d'autres termes, il y a un œdème essentiel de la glotte; mais, avant d'entrer dans cette discussion, signalons un malentendu qui a été commis. Lorsque nous parlons de l'œdème inflammatoire, nous ne voulons pas désigner seulement les cas dans lesquels les tissus œdématiés sont enflammés; nous parlons aussi de ceux où une inflammation voisine (larynx, pharynx, tissu cellulaire du cou) a déterminé l'œdème des parties avoisinantes, comme on le voit, par exemple, dans les inflammations voisines des paupières. Les cas de ce genre sont en effet nombreux.

On ne pourrait donc regarder comme un œdème non inflammatoire que celui qui aurait lieu par une simple infiltration séreuse, sans inflammation de la muqueuse laryngienne, de la base de la langue, du pharynx, etc. Or les faits cités pour prouver que les choses peuvent se passer ainsi sont fort peu nombreux et très peu concluants. Nous citerons d'abord celui qu'a rapporté M. Barrier (*loc. cit.*), et dans lequel l'œdème survint après la scarlatine, dans le cours d'une anasarque. M. Trousseau en avait déjà cité un analogue (2). Nous avons vu plus haut que Guersant et M. Blache en avaient aussi mentionné de semblables. M. Benoît (3) a cru voir un œdème non inflammatoire, une véritable fluxion séreuse, dans deux cas qu'il a empruntés à Morgagni (4), dans celui qu'a rapporté Mérat, et que nous avons analysé dans notre mémoire, et dans un autre qui a été observé à l'Hôtel-Dieu en 1835, et qui est rapporté en quelques mots. Enfin M. Fleury (*loc. cit.*) a cru devoir rapporter à l'œdème non inflammatoire les quatre premières observations de M. Tuilier.

Tels sont les faits cités à l'appui de l'opinion qui admet l'existence de l'œdème simple non inflammatoire. Une première remarque à ce sujet, c'est que ces faits, à l'exception de celui de M. Barrier et de ceux de M. Tuilier, manquent des détails les plus importants. Quant à celui de M. Barrier, nous avons fait voir dans notre mémoire (*loc. cit.*, p. 98) qu'il n'est pas concluant, et comme il n'en est aucun des autres qui nous offre autant de motifs réunis pour nous faire croire à l'œdème pur et simple, il serait inutile de les examiner. Notons toutefois que, contrairement

(1) *Loc. cit.*, p. 137 et suiv.
(2) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, juillet 1836.
(3) *Journal de la Soc. de méd. de Montpellier*, 1844.
(4) *De causis et sedibus morborum*, epist. IV, 26.

la manière de voir de M. Fleury, les quatre observations de M. Tuilier doivent être rangées parmi les cas d'œdème inflammatoire.

Ce qui trompe, c'est que les traces d'une légère inflammation siégeant dans la muqueuse, et suffisante dans certaines circonstances pour produire l'œdème, peuvent disparaître après la mort. On en a la preuve dans plusieurs cas bien observés, dans lesquels l'infiltration était *séro-purulente*, et où néanmoins la muqueuse était pâle et mince.

Il arrive, en pareil cas, ce qui survient dans certaines inflammations des paupières, qui donnent lieu à un œdème considérable et promptement formé. Que l'anasarque des enfants scarlatineux prédispose les enfants à l'œdème, sous l'influence d'une laryngite même légère, c'est ce que nous ne contestons pas ; mais il est loin d'être prouvé que cette inflammation n'existe pas.

Voici, du reste, les conclusions auxquelles nous sommes arrivé, relativement aux causes, dans notre *Mémoire sur l'œdème de la glotte* (*loc. cit.*, p. 133) :

« 1° Le plus souvent l'œdème de la glotte est dû à une angine survenue dans le cours ou dans la convalescence d'une affection soit aiguë, soit chronique, mais bien plus fréquemment aiguë.

» 2° Plus rarement il est la terminaison d'une laryngite chronique, presque toujours ulcéreuse, soit que cette laryngite ait apparu dans le cours de la phthisie pulmonaire, soit, ce qui est bien plus rare, qu'elle se soit développée primitivement.

» 3° Dans un nombre limité de cas, une angine laryngée survenue dans le cours de la santé peut donner lieu à l'œdème de la glotte.

» 4° Il est au moins douteux qu'il existe un œdème de la glotte purement passif. »

[M. Leudet (de Rouen), dans un récent mémoire (1) basé, il est vrai, sur une seule observation, a formulé les conclusions suivantes : 1° une angine gutturale ou tonsillaire peut être cause, dans quelques cas, d'angine laryngée œdémateuse ; 2° cet accident survient quelquefois sans que l'angine gutturale ait revêtu un caractère de gravité considérable ; elle s'annonce quelquefois par des phénomènes légers, et peut surprendre le malade au milieu d'un état de santé en apparence satisfaisant ; sans accès de dyspnée, cet œdème peut conduire à une mort imminente.]

2° Causes occasionnelles.

Rarement on a pu saisir d'une manière bien positive les causes qui, dans les circonstances que nous venons d'indiquer, produisent la laryngite séro-purulente. Dans deux ou trois cas je vois que les sujets se sont plaints d'avoir été exposés au *froid*, et 28 sujets sur 111, dont Sestier (2) a rassemblé les observations, ont été affectés de cette maladie après s'être exposés à l'action de cette cause. C'est surtout dans la convalescence des maladies fébriles que cette cause a agi.

Lorsqu'il existe des ulcères anciens ou une carie des cartilages, la laryngite dont il s'agit est due aux progrès de l'affection chronique et aux lésions qu'elle détermine dans les tissus environnants. La marche seule de la maladie conduit à cette terminaison redoutable ; il n'est pas besoin d'une cause occasionnelle pour produire cet effet. Néanmoins on conçoit que l'exposition imprudente *au froid et à l'humi-*

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 7 juillet 1859.
(2) *Loc. cit.*, p. 133.

dité, de *grands efforts de la voix*, et toutes les causes d'irritation du larynx, peuvent hâter l'apparition des accidents, en accélérant la marche de la maladie. C'est d'ailleurs, comme on le voit, un point d'étiologie qui demande à être étudié de nouveau.

§ III. — Symptômes.

L'*ingestion de substances caustiques* peut aussi donner lieu à l'œdème de la glotte ; c'est ce que prouve un fait fort intéressant rapporté par M. Charcellay et dont je parlerai plus loin. Le malade avait avalé de l'acide sulfurique.

Le *début* n'est pas entièrement le même, suivant que la maladie est due à une inflammation simple comme dans la première observation de Bayle (1), ou bien qu'elle est une terminaison d'une affection organique du larynx plus ou moins ancienne. Dans le premier cas, soit que le malade se trouve dans la convalescence d'une maladie fébrile, soit, ce qui est infiniment plus rare, que l'affection laryngée débute au milieu de la santé, les premiers symptômes sont légers. Ils consistent dans un *sentiment de malaise* éprouvé dans le larynx, et qui engage les malades à faire de fortes expirations, comme pour chasser un corps qui obstrue la glotte. La *voix* est un peu rauque. La *respiration* est médiocrement gênée, et, suivant la remarque de Bayle, la *fièvre* est nulle ou presque nulle, et la santé paraît assez bonne ; ce sont là les signes d'une laryngite légère, dans laquelle il existe peut-être déjà un peu plus de tuméfaction que dans les cas ordinaires.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'une infiltration séreuse ou séro-purulente de la glotte, avec lésion profonde du larynx, les symptômes dus à la tuméfaction des replis muqueux sont précédés des symptômes de ces lésions elles-mêmes, et ici il y a encore une distinction à établir. Si l'affection primitive a une marche aiguë, et si l'inflammation est très violente, comme on peut en voir des exemples dans les cas cités par Laennec, Bayle, MM. Bouillaud, Legroux, etc., la *douleur* qui précède la suffocation est intense ; il y a une *fièvre* plus ou moins violente, quelquefois précédée de *frissons*, et parfois aussi une *tuméfaction du cou*, qui annoncent combien la lésion fait sentir au loin son influence. C'est dans ces cas qu'on trouve, à l'autopsie, des abcès aigus, des suppurations largement étendues, qui se sont quelquefois portées au delà des limites du larynx.

Si, au contraire, la lésion primitive a une marche très chronique, s'il ne survient aucun accident qui donne à ces symptômes une acuité nouvelle, la suffocation n'est guère précédée que d'une gêne un peu plus grande dans la respiration, et parfois même l'infiltration des bords de la glotte n'est annoncée que par un premier accès.

Il est très rare que le début soit *subit* ; nous n'en connaissons que deux exemple[s] rapportés par Bayle et par M. Bricheteau. Il est au contraire très fréquent, ainsi qu[e] nous l'avons constaté dans nos recherches (*loc. cit.*, p. 135), de le voir violent [et] rapide. 30 fois sur 35 cas analysés par Sestier, il a eu lieu *le soir ou la nuit.*

Symptômes de la maladie confirmée. — Une fois l'affection confirmée, elle [se] manifeste par des symptômes assez uniformes pour qu'on puisse en tracer u[ne] description générale. Nous allons les examiner chacun en particulier, puis n[ous]

(1) *Nouveau Journal de méd.*, etc., t. IV, p. 23.

[redacted]

décrirons les accès de suffocation dans lesquels ils se montrent réunis, et enfin nous indiquerons les différences que peuvent présenter les divers cas.

La *douleur* occupant soit le larynx, soit le pharynx, soit ces deux organes à la fois, est un symptôme à peu près constant; car sur 40 cas, nous l'avons notée 38 fois, et Sestier (1), sur 57 cas, 55 fois. Cependant elle est très variable; elle n'est portée à un très haut degré que dans les cas où une inflammation suppurative aiguë a donné lieu à un abcès. Dans les autres cas, il n'existe qu'une simple gêne, un embarras du larynx ou des picotements qui excitent la toux. On a rarement recherché si la douleur augmentait par la pression exercée sur le larynx, et cet effet n'a été constaté que dans une très petite proportion des cas. La *déglutition* est toujours gênée et parfois impossible, comme l'a noté M. le professeur Bouillaud. Quelquefois on a constaté le *rejet des boissons par le nez;* alors l'épiglotte était corrodée par des ulcérations.

La *voix* ne tarde pas à être altérée, si elle ne l'était déjà, et dans ce dernier cas son altération augmente. Elle est rauque, pénible, éteinte, et exige de la part du malade des efforts pendant lesquels il semble dominé par la crainte d'augmenter sa suffocation. Elle est aussi parfois douloureuse, et la parole détermine de fréquents accès de dyspnée (2). Billard a attribué à l'infiltration des bords de la glotte un cri chevrotant qu'on observe chez les nouveau-nés œdémateux; mais, dans nos recherches sur cette maladie (3), nous avons fait observer que ce cri se remarquait même dans les cas où il n'y avait point d'infiltration, et nous avons dû en conclure qu'il reconnaissait pour cause l'extrême faiblesse des enfants affectés d'œdème.

La *respiration* est toujours excessivement gênée. Tous les auteurs ont noté la grande différence qu'il y avait entre l'inspiration et l'expiration. La première, en effet, est extrêmement difficile; elle exige les plus grands efforts de la part du malade; il y a aussi parfois une véritable *orthopnée*, comme on en voit un exemple dans une observation de M. Bouillaud. Quelquefois même les malades éprouvent une sorte de désespoir, comme cela avait lieu dans un cas observé par M. A. Lefèvre (4), et qui fut remarquable par la violence des symptômes et le succès de la trachéotomie. L'expiration, au contraire, se fait toujours avec une certaine facilité, et ce phénomène est, dans la plupart des cas, si remarquable, que M. Blache (*loc. cit.*) le donne comme un signe pathognomonique. Pendant les efforts d'inspiration, il se produit un râlement, un *ronflement guttural* souvent très fort. Dans les premiers temps de la maladie, lorsque les symptômes n'ont pas encore acquis un haut degré de violence, ce ronflement guttural n'a lieu ordinairement que pendant le sommeil. Il peut être modifié de diverses manières : M. Legroux, en effet, a constaté un frôlement particulier, une espèce de cri de coq, un claquement de soupape à la fin de chaque inspiration. Un autre signe qui annonce combien la respiration est gênée, est la nécessité dans laquelle les malades se trouvent de tenir leur bouche entr'ouverte, ce qui n'empêche pas toujours, comme on le voit dans une observation de M. le professeur Bouillaud, la dilatation exagérée des ailes du nez à

(1) Sestier, *loc. cit.*, p. 147.
(2) Id., *loc. cit.*, p. 149.
(3) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 628. Paris, 1838.
(4) Voy. *Union médicale*, septembre 1848.

chaque inspiration. Ce dernier signe ne se remarque que dans les cas d'une grande intensité, et pendant les accès.

Quoique la poitrine résonne bien partout, à la *percussion*, on n'entend pas, ou l'on entend à peine le *murmure respiratoire*.

L'auscultation de la région du larynx (1), à l'aide du stéthoscope, a démontré quelquefois que les bruits de sifflement et de frôlement étaient plus prononcés près de cet organe.

La *toux* ne présente pas de caractère essentiel; elle est souvent sèche, déchirée, éteinte.

La matière de l'*expectoration* varie suivant les lésions dont le larynx est le siége. Ainsi, lorsqu'il y a une inflammation simple, on n'observe que des crachats glaireux, suivant l'expression de Bayle. S'il existe des ulcères anciens, on trouve l'expectoration qui a été décrite à l'occasion de la laryngite ulcéreuse chronique; si c'est un abcès qui se fait jour dans le larynx, les crachats sont striés d'une matière d'un blanc mat ou verdâtre. L'expectoration peut même être complétement purulente : M. le professeur Bouillaud (*loc. cit.*) en cite un exemple qui est d'autant plus remarquable, que le sujet, n'ayant pas la force de faire des efforts d'expectoration, rendait, par une espèce d'expuition, une quantité considérable de matière purulente. Dans un cas, M. Bricheteau a noté une expectoration de crachats sanglants et noirâtres, qui disparut avec les principaux symptômes, la maladie ayant eu une heureuse issue.

Si l'on *examine le pharynx*, on y trouve parfois un gonflement plus ou moins considérable des parties qui le constituent, et quelquefois aussi des ulcérations qui ont été la cause primitive du mal, en déterminant l'infiltration des parties environnantes et du larynx. Dans quelques cas, on a vu l'*épiglotte* tuméfiée, ulcérée, déformée, faire saillie à la base de la langue, et enfin MM. Tuilier, Legroux, Bricheteau, etc., ont pu, en portant le doigt dans l'arrière-gorge, sentir le *bourrelet* formé par l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques. Nous reviendrons sur ces signes à l'occasion du diagnostic.

Sur 36 des observations rassemblées par Sestier qui mentionnent l'état de la déglutition, elle a été *facile* 3 fois; *assez facile* 2 fois; *difficile* 16 fois; *très difficile* 7 fois; *impossible* 8 fois.

Accès. — Tels sont les principaux symptômes de cette redoutable affection. Ils existent toujours plus ou moins dans tout son cours; mais il survient, dans la généralité des cas, des exacerbations violentes, de véritables *accès* qui lui donnent une physionomie remarquable. A des époques plus ou moins rapprochées, on voit apparaître presque tout à coup une dyspnée excessive. Les malades éprouvent la sensation d'un corps étranger qui obstrue complétement le larynx, et souvent ils portent la main à leur cou, comme pour l'en arracher : on en a vu même (observ. de Bayle et de M. Bouillaud) chercher à introduire leur main dans le fond de la gorge pour enlever l'obstacle, insister pour qu'on leur fît l'ouverture du larynx, ou demander un instrument tranchant pour pratiquer eux-mêmes cette ouverture. Alors les symptômes d'asphyxie sont portés au plus haut degré; la face est livide, les yeux sont saillants et hagards; une sueur froide

(1) Sestier, *loc. cit.*, p. 155.

inonde le visage; les extrémités sont refroidies; il y a une agitation extrême et parfois des vertiges, comme l'a observé M. Bricheteau. Suivant Bayle, la durée de ces accès est de cinq minutes à un quart d'heure, et les intervalles qui les séparent varient de plus de huit jours à quelques heures. Le fait est vrai, mais il faut distinguer. Sans doute, dans la laryngite œdémateuse qui succède à une laryngite ulcéreuse chronique, les premiers accès de suffocation peuvent se manifester à plus de huit jours d'intervalle; mais dans ces cas, soit d'inflammation simple, soit d'abcès du larynx, soit d'ulcérations aiguës, il y a toujours plusieurs accès dans les vingt-quatre heures, et les intervalles qui les séparent sont très irréguliers.

Dans l'*intervalle des accès*, la face, qui était congestionnée et livide, devient pâle; l'agitation fait place à un affaissement profond. Il survient aussi fort souvent un assoupissement qui va toujours en augmentant si la maladie doit avoir une issue funeste.

Le *pouls*, faible, concentré, misérable, devient en outre irrégulier et intermittent pendant les accès. Il est toujours plus ou moins accéléré, mais beaucoup plus dans les cas d'inflammation violente, dans lesquels le mouvement fébrile caractérisé par la chaleur de la peau, par une vive anxiété et par les troubles de la circulation, peut être porté à un haut degré.

On a observé assez souvent, et MM. Cruveilhier et Bouillaud en ont cité plusieurs exemples, une *tuméfaction* plus ou moins considérable *du cou*. Ce symptôme ne se remarque que dans les cas où des lésions profondes existent dans le larynx.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie diffère notablement, comme nous l'avons déjà fait pressentir, suivant que l'œdème de la glotte est produit par une inflammation aiguë ou par une lésion chronique. Dans l'un et l'autre cas, il y a des accès de suffocation bien prononcés; tandis que, dans le premier, les accès violents, irréguliers, se produisent, dès le début, plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, dans l'autre on voit d'abord des accès survenir à des époques éloignées (huit, dix, et même quinze jours); puis ces accès se rapprochent au point qu'au bout d'un certain temps on en compte un ou plusieurs dans les vingt-quatre heures, et la maladie est alors portée au même degré que dans le cas précédent. Lorsque l'affection est très aiguë, les accès sont, quoique très violents, moins tranchés que lorsqu'elle est chronique. En outre, il résulte des faits que nous avons rassemblés (*Mém. cit.*, p. 154), que la rapidité de la marche de la maladie est en raison directe de l'intensité de l'inflammation.

D'après ce qui vient d'être dit, on doit juger que la *durée* de l'affection est très variable. Bayle a vu des cas se prolonger pendant plus d'un mois : ce sont ceux où l'infiltration du larynx était la suite d'une affection chronique. On ne peut douter que, dans des cas semblables, plusieurs infiltrations, qui se dissipent bientôt, ne produisent les premiers accès, tandis que plus tard la lésion organique faisant des progrès, l'infiltration devient permanente. Dans les cas où l'affection primitive était aiguë, la durée de la maladie n'a presque jamais excédé cinq ou six jours. Quant à la *durée des accès*, elle est très variable, puisque, chez un sujet observé

par Bayle, elle était seulement de dix minutes, tandis qu'elle se prolongeait pendant une heure entière chez un autre.

La *terminaison* de cette affection est importante à considérer. Quelquefois on voit les malades succomber au milieu même d'un accès; alors la mort par asphyxie ne saurait être douteuse. Mais plus souvent encore les malades sont emportés dans l'intervalle des accès. On les voit s'affaiblir de plus en plus; après chaque accès, ils sont plus affaissés, plus abattus, plus assoupis; la face exprime le découragement, et quelquefois, comme Bayle l'a observé, elle a un aspect cadavérique; le pouls s'affaiblit et le malade s'éteint en conservant le plus souvent sa connaissance. Dans ce cas, quelle a été la cause de la mort? Bayle, considérant que le plus souvent l'obstruction de la glotte n'était pas assez considérable pour empêcher l'air de pénétrer dans les poumons, et que ce n'était point dans un accès de dyspnée que le malade succombait, pensait qu'il fallait attribuer la mort à un certain spasme du poumon, qui ne permettait plus à l'air d'y subir les changements nécessaires à l'hématose. C'est avec raison que M. le professeur Bouillaud a combattu cette manière de voir: il est trop évident que la mort est due à l'impossibilité du passage de l'air dans le larynx, pour qu'on puisse le révoquer en doute, et s'il en fallait une preuve, on n'aurait qu'à citer les cas où la trachéotomie a ranimé des sujets presque mourants, par le seul fait du libre abord du sang dans les cellules pulmonaires. Si la respiration paraît libre peu de temps avant la mort, c'est que la poitrine se dilatant fort peu, à peine un petit filet d'air passe-t-il à travers la glotte rétrécie. Dans quelques cas, la trachéotomie n'a point réussi à ranimer les sujets; c'est qu'alors, comme l'a très bien fait observer M. Cheyne, tous les organes ont été trop fortement stupéfiés par l'afflux du sang non hématosé. M. Senn (1) a cité un cas de mort subite; c'est le seul que nous connaissions.

§ V. — Lésions anatomiques.

Nous indiquerons très rapidement les diverses lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des corps. Commençons par celles qui appartiennent en propre à la laryngite séreuse ou séro-purulente.

Bayle a toujours trouvé les bords de la glotte gonflés, épaissis, blancs et comme tremblotants. Dans les cas qu'il a examinés, ces bords formaient un bourrelet plus ou moins saillant et très infiltré d'une sérosité qu'il était fort difficile de faire écouler, même en comprimant entre les doigts une portion de la membrane à laquelle on avait fait plusieurs incisions.

Cette infiltration observée par Bayle a été constatée également par plusieurs auteurs, et notamment par Bichat et Lisfranc, qui ont remarqué ce qui suit : Lorsque l'air est poussé vers le larynx de haut en bas, les bourrelets qui viennent d'être décrits se renversent en dedans et obstruent plus ou moins complétement l'ouverture de la glotte. Si, au contraire, comme Lisfranc l'a expérimenté plusieurs fois, on pousse de l'air à l'aide d'un soufflet, par l'ouverture inférieure du larynx, celui-ci passe facilement par l'ouverture supérieure, les bourrelets se laissant écarter sans peine. Cette disposition rend parfaitement compte des phénomènes observés dans les deux temps de la respiration pendant la vie.

(1) *Journal des progrès*, 1829.

Bayle ne décrit guère d'autre altération organique; cependant, en consultant les observations, on voit qu'elles sont beaucoup plus variées : ainsi on a trouvé les replis aryténo-épiglottiques, les cordes vocales et même tout le tissu sous-muqueux du larynx, infiltrés d'un liquide purulent ou plus souvent encore séro-purulent. Parfois même cette infiltration s'étend au pharynx, à l'épiglotte et au tissu cellulaire sous-cutané de la région laryngienne. Quelquefois on trouve, sur les parties infiltrées elles-mêmes, des ulcérations, un ramollissement plus ou moins considérable de la membrane muqueuse : lésions évidemment récentes. D'autres fois, il n'y a qu'une simple rougeur, à laquelle, dans un cas cité par Lawrence (1), se joignaient des granulations à la surface de la membrane.

Sestier (2) a décrit toutes ces lésions avec une précision très grande. Il a vu que l'infiltration affecte le plus ordinairement les deux replis aryténo-épiglottiques (105 fois sur 132 cas), mais d'une manière souvent inégale; que souvent ils deviennent cylindroïdes, ordinairement lisses, parfois ridés et bosselés; que l'orifice supérieur du larynx est déformé, réduit à la forme d'une fente linéaire ou d'un trou plus ou moins arrondi; que l'épiglotte participe presque toujours à l'infiltration (74 fois sur 81), ayant la forme d'une aveline ou de l'extrémité du pouce; que l'infiltration du larynx est moins fréquente (52 fois sur 72), celle de la trachée rare (6 fois sur 132) et celle des bronches exceptionnelle (1 fois seulement).

Telles sont les lésions qui appartiennent en propre à la laryngite œdémateuse ou séro-purulente. Nous n'ajouterons qu'un mot relativement aux altérations récentes ou anciennes qui en ont été la cause première. On trouve des destructions plus ou moins profondes de la muqueuse et du tissu sous-muqueux; l'ossification, la carie des cartilages, qui sont noirs, détachés, friables, et qui baignent dans le pus; des abcès sous la muqueuse laryngienne, tantôt communiquant avec la cavité du larynx, tantôt entièrement isolés. Ces abcès, qui contiennent quelquefois un pus phlegmoneux, offrent souvent une sanie liquide. On a aussi trouvé des perforations des cartilages, des ulcérations, des abcès du pharynx.

On peut voir dans notre mémoire (p. 89 et suiv.), quelle est la fréquence relative de ces diverses lésions, que nous avons étudiées avec beaucoup d'attention et exposées avec de grands détails.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette redoutable affection a beaucoup occupé les auteurs, aussi avons-nous à ce sujet des renseignements très précis. Mais avant d'exposer le résultat des recherches les plus attentives, il faut dire un mot d'un mode d'exploration qui a été regardé par les uns comme très sûr, et par les autres comme très incertain : nous voulons parler du *toucher* exercé sur la partie supérieure du larynx. M. Tuilier (*loc. cit.*) eut le premier l'idée de porter le doigt dans l'arrière-gorge pour reconnaître l'état des parties. Dans la plupart des cas, cet auteur parvint à reconnaître l'existence de deux bourrelets mollasses, saillants en arrière et sur les côtés de l'épiglotte; mais quelquefois, et notamment dans un cas dont il a donné l'observation, il ne put constater rien de semblable. Plus tard Lisfranc (3) est ar-

(1) *Med. chir. Trans. of London*, 1819, vol. VI, p. 221.
(2) *Loc. cit.*, p. 32 et suiv.
(3) *Mém. sur l'angine laryngée œdémateuse* (*Journ. gén. de méd.*, t. LXXXIII, 1825).

rivé au même résultat, et récemment M. Bricheteau a fait sentir à plusieurs médecins les deux bourrelets que je viens d'indiquer. D'un autre côté, plusieurs auteurs ont affirmé que le toucher ne fournissait aucun signe de quelque valeur. A quoi tient donc cette différence d'opinion sur un fait qu'on peut constater physiquement ? Cela tient probablement à ce que le gonflement n'a pas toujours son siége dans les replis aryténo-épiglottiques, et que souvent il occupe les cordes vocales inaccessibles au toucher. Il suit de là, d'une part, que ce mode d'exploration ne doit pas être négligé, puisqu'il peut fournir un signe pathognomonique, et, de l'autre, qu'on ne doit pas avoir une confiance aveugle en lui, puisque la maladie peut exister d'une manière évidente, sans qu'il fasse reconnaître la tuméfaction du larynx.

EXPLORATION PAR LE TOUCHER.

Pour explorer la partie supérieure du larynx par le toucher, il faut faire ouvrir la bouche aussi largement que possible; puis on porte le doigt indicateur sur un des côtés du pharynx, en dehors de l'épiglotte ; et quand son extrémité a franchi cet opercule, on la ramène en dedans, de manière à en porter la pulpe sur l'ouverture laryngienne. Cette opération doit se faire rapidement, de peur d'augmenter la suffocation.

Il est quelquefois très difficile de parvenir jusqu'au larynx, parce que le malade ne peut pas ouvrir suffisamment la bouche ; c'est ce qui a lieu principalement lorsque le pharynx est atteint d'une inflammation violente, comme un des cas cités par M. Bouillaud.

Diagnostic différentiel. — Les maladies avec lesquelles on peut confondre la laryngite séro-purulente sont les mêmes, à peu près, que celles qui peuvent être confondues avec la laryngite intense. Nous allons les passer successivement en revue.

Dans la *laryngite simple aiguë*, nous trouvons un bon nombre de symptômes de la laryngite séro-purulente aiguë. Toutefois, dans la dernière, il existe une gêne de la respiration beaucoup plus marquée ; les ronflements gutturaux, le frôlement, les bruits particuliers qu'elle présente dans l'inspiration, ne se remarquent pas à un aussi haut degré dans la simple laryngite aiguë. Les accès de suffocation sont beaucoup plus violents et plus tranchés. L'*auscultation* pratiquée sur les divers points de la poitrine démontre que, malgré les grands efforts d'inspiration, l'air pénètre à peine dans le poumon : il y a en effet absence complète ou presque complète du murmure respiratoire. Enfin, si par le toucher on peut constater l'existence des bourrelets œdémateux, tous les doutes sont levés.

La *laryngite chronique simple* ou *ulcéreuse* ne peut être confondue avec la maladie qui nous occupe, malgré les altérations de la voix. Dans la première, la dyspnée est peu considérable, et les abcès de suffocation sont nuls. Dans la seconde, lorsque ces symptômes existent à un haut degré, c'est que la maladie se termine par l'œdème de la glotte.

La *laryngite striduleuse* n'attaque guèr[illegible] les enfants, tandis que celle dont nous parlons sévit chez les adultes. La [illegible] nte, entre les accès de suffocation, des interval[illegible] [illegible]s légers et la voi[illegible] *peu altérée* : ces [illegible] maladies.

La *laryngite pseudo-membraneuse* n'est guère plus difficile à distinguer; son existence, presque exclusive chez les enfants, et la présence de la fausse membrane sur la muqueuse pharyngienne, suffisent ordinairement pour lever tous les doutes.

Les commémoratifs feront distinguer l'affection qui nous occupe de la présence d'un *corps étranger* introduit dans les voies aériennes.

Restent maintenant des affections qui déterminent des accès de suffocation, mais dont le siége n'est pas dans le larynx. Celles que les auteurs ont signalées comme pouvant être confondues avec la laryngite séro-purulente sont l'*asthme*, l'*emphysème pulmonaire*, et l'*anévrysme de l'aorte*.

Quant à l'*asthme* et à l'*emphysème pulmonaire*, doit-on réellement chercher à établir un diagnostic entre eux et la laryngite œdémateuse? nous ne le pensons pas; car, malgré les accès de suffocation et la respiration sifflante, l'absence de douleur, de constriction, et généralement de tout symptôme du côté du larynx, ne laisse pas la moindre place à l'erreur.

Dans un cas cité par Bayle et recueilli par Cayol, un *anévrysme de l'aorte* fut pris pour un œdème de la glotte. Comment donc établir le diagnostic dans un pareil cas, s'il venait encore à se présenter? Les symptômes offerts par le malade étaient les suivants : voix enrouée, respiration gênée et bruyante, sifflement à chaque inspiration, légère douleur au larynx, toux, expectoration d'une grande quantité de matières glaireuses, filantes. Sans doute il y avait là quelques symptômes qui pouvaient induire en erreur, d'autant plus que le malade, qui se plaignait souvent du larynx, avait éprouvé plusieurs maladies vénériennes. Mais plus tard l'analyse de l'observation fit voir : 1° que la douleur du larynx n'était pas constante; 2° que bien que la dyspnée augmentât par moments, il n'y avait point eu de véritables accès de suffocation; 3° que la voix n'était pas aussi altérée que dans l'œdème de la glotte. Ces signes seraient suffisants, et si l'on y ajoutait l'examen du larynx par le toucher pour découvrir le bourrelet, ainsi que l'auscultation et la percussion de la poitrine, on serait nécessairement conduit à un diagnostic positif.

Il est très probable que si toutes ces précautions avaient été prises, quelques erreurs signalées dans les auteurs auraient été évitées; néanmoins il faut convenir qu'il peut y avoir des cas d'un diagnostic difficile, puisque des chirurgiens distingués ont pu pratiquer la trachéotomie chez des sujets qui ne présentaient autre chose qu'un anévrysme de l'aorte. Dans un cas même (voy. Cheyne, *loc. cit.*), l'opérateur eut le malheur d'ouvrir la tumeur anévrysmale.

Dans le cas où il y aurait en même temps anévrysme de l'aorte et infiltration des replis aryténo-épiglottiques, les symptômes de l'œdème de la glotte pourraient absorber complétement l'attention, tel est celui que rapporte M. Dauvergne (1), de Toulon : « Tous les symptômes de l'œdème de la glotte avaient existé, et l'on allait pratiquer la trachéotomie, lorsque le malade périt subitement. On constata par l'autopsie une rupture d'un anévrysme de l'aorte. Sur la paroi latérale gauche du pharynx l'infiltration sanguine était considérable; de ce point elle avait gagné le repli aryténo-épiglottique gauche; le tissu cellulaire sous-muqueux, gorgé de sang en cet endroit, s'était distendu en forme de crête de coq. D'une couleur violacée, occupant toute la longueur du repli, d'un centimètre et demi de hauteur, mobile

(1) *Gazette médicale de Paris*, 15 juillet 1852.

sur sa base, il pouvait s'abattre pendant l'inspiration sur l'ouverture du larynx en guise de soupape, et s'opposer à l'entrée de l'air dans la poitrine : de là les symptômes observés dans les derniers temps de l'existence.

L'examen des observations que nous avons rassemblées dans notre mémoire (voy. p. 163 et suiv.) nous a démontré qu'un *abcès de la paroi postérieure du pharynx*, et même la simple *infiltration purulente de cette partie*, pouvait faire croire à l'existence d'un œdème de la glotte. On a été conduit, en pareil cas, tant les symptômes étaient semblables, à pratiquer la trachéotomie. C'est ce que l'on voit dans une des observations que nous avons citées (*Mém. cit.*, obs. II[e], p. 165). M. le docteur Syme (1) pratiqua l'opération. Il y eut un soulagement immédiat; mais le malade, au bout de quelques jours, succomba, et l'on ne trouva qu'une infiltration purulente du pharynx; le larynx était parfaitement sain.

Dans les cas cités par MM. Ballot (2), Priou (3), Carmichael (4), il y avait un abcès considérable.

Les symptômes sont, en pareil cas, semblables à ceux de l'œdème de la glotte. Ce n'est donc que par l'inspection et par le toucher que l'on peut arriver au diagnostic. Y a-t-il abcès, on voit dans la profondeur du pharynx une tumeur, et le toucher, en même temps qu'il fait reconnaître que cette tumeur est fluctuante, nous apprend qu'il n'y a pas de bourrelet aryténo-épiglottique.

Lorsqu'il s'agit de l'infiltration, ce dernier signe est le seul véritablement utile; toutefois l'inflammation du pharynx peut être appréciable à la vue.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'œdème de la glotte et de la laryngite simple aiguë.*

ŒDÈME DE LA GLOTTE.	LARYNGITE SIMPLE AIGUE.
Accès de dyspnée très violents.	*Accès de dyspnée* moins marqués ou moins violents.
Ronflements gutturaux; bruit de frôlement; inspiration aiguë très marquée, etc.	Respiration plus ou moins forte, mais *sans bruits particuliers*.
Murmure respiratoire très faible, presque nul, dans tous les points de la poitrine.	*Murmure respiratoire* plus ou moins *fort*.
Par le toucher, on constate l'existence du *bourrelet* à la partie supérieure du larynx (signe pathognomonique).	*Point de bourrelet* saillant à la partie supérieure du larynx.

2° *Signes distinctifs de l'œdème de la glotte et du pseudo-croup.*

ŒDÈME DE LA GLOTTE.	PSEUDO-CROUP.
N'attaque presque jamais *que les adultes*.	*N'attaque* presque jamais *que les enfants.*
Entre les accès de suffocation, symptômes assez intenses.	*Entre les accès*, symptômes très légers.
Voix toujours *très altérée* dans tout le cours de l'affection.	*Voix très peu altérée* entre les accès

(1) Voy. *Med. chir. Review*, avril 1841.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1[re] série, t. XXI, p. [illegible].
(3) *Séances de l'Acad. de méd.*, 1830.
(4) *Edinburgh me[illegible]* [illegible], 1820

3° *Signes distinctifs de l'œdème de la glotte et du croup.*

ŒDÈME DE LA GLOTTE.	CROUP.
Attaque les *adultes*.	Attaque principalement les *enfants*.
Expectoration muqueuse, mucoso-purulente ou sanieuse.	Souvent débris de *fausses membranes* dans les matières de l'*expectoration*.
Pharynx libre ou seulement enflammé et ulcéré.	Souvent *fausses membranes* dans le *pharynx*.

Il faut appliquer à tous ces diagnostics différentiels une remarque générale, relative à l'œdème de la glotte provoqué par les progrès d'une inflammation ulcéreuse chronique. C'est que la marche de la maladie suffit, presque à elle seule, pour lever tous les doutes. Ainsi lorsque dans une affection du larynx qui a présenté, pendant un espace de temps plus ou moins long, les symptômes décrits à l'article *Laryngite ulcéreuse*, il survient des accès de suffocation et tous les autres accidents qui ont été indiqués plus haut, on doit diagnostiquer une laryngite œdémateuse ou séro-purulente, à l'exclusion de toutes les autres affections que nous venons de mentionner.

4° *Signes distinctifs de l'œdème de la glotte et de l'anévrysme de l'aorte.*

ŒDÈME DE LA GLOTTE.	ANÉVRYSME DE L'AORTE.
Douleur constante dans le larynx.	*Douleur* du larynx, faible et *non constante*.
Accès de suffocation bien marqués.	*Dyspnée continue*, et seulement augmentant par intervalles.
Voix très altérée; grands efforts pour se faire entendre.	*Voix très peu altérée ;* seulement un peu de raucité.
A l'*auscultation* et à la *percussion*, aucun signe de l'anévrysme de l'aorte.	A l'*auscultation* et à la *percussion*, signes d'un anévrysme de l'aorte comprimant la trachée.

5° *Signes distinctifs de l'œdème de la glotte et de l'abcès pharyngien.*

ŒDÈME DE LA GLOTTE.	ABCÈS PHARYNGIEN.
Pas de tumeur fluctuante dans le pharynx.	*Tumeur fluctuante* sur la paroi postérieure du pharynx.
Bourrelets aryténo-épiglottiques.	*Pas de bourrelets* aryténo-épiglottiques.

L'absence des bourrelets est le seul signe important qui serve à distinguer l'*infiltration purulente* des parois du pharynx de l'œdème de la glotte.

Œdème latent. — Dans nos recherches sur cette affection (voy. *Mém. cit.*, p. 171), nous avons acquis la conviction que l'œdème de la glotte peut exister à l'état latent. Des faits de ce genre ont été cités par M. Louis (1). En pareil cas, les malades sont complétement épuisés, et les accès de suffocation se perdent au milieu des symptômes de l'agonie. Le diagnostic n'a donc pas alors d'importance réelle.

Pronostic.—Le pronostic de cette affection est généralement très grave, puisque

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2ᵉ édition, Paris, 1843, et *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2ᵉ édition, Paris, 1842.

sur trente-neuf cas que j'ai sous les yeux, il n'y a eu que neuf guérisons, proportion qui doit être encore beaucoup diminuée si l'on réfléchit que, dans les maladies semblables, les cas de guérison sont publiés avec empressement, tandis que les cas de mort sont très souvent passés sous silence.

La maladie est beaucoup moins grave lorsque l'altération sous l'influence de laquelle l'œdème s'est produit est superficielle ou purement inflammatoire, que lorsqu'il y a des altérations profondes. Ainsi, sur les neuf cas de guérison que nous avons sous les yeux, il en est cinq qui ont guéri sans le secours de la trachéotomie, et quatre d'entre eux appartenaient évidemment à l'inflammation simple. Dans le cinquième, il en était probablement de même. Dans les cas, au contraire, où la trachéotomie fut nécessaire, trois fois il existait des ulcères anciens. Règle générale, plus l'inflammation est intense, plus le pronostic est grave.

§ VII. — Traitement.

Le traitement d'une affection aussi redoutable doit être énergique. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Quels sont les moyens auxquels il faut donner la préférence? Comme dans toutes les affections très graves, on n'ose point, dans la laryngite œdémateuse ou séro-purulente, se borner à l'emploi d'un seul médicament. On les met presque tous concurremment en usage, et par là il devient très difficile de démêler l'action propre à chacun. Cherchons donc, dans les faits bien observés, quelles ont été les médications complexes qui ont le mieux réussi.

Antiphlogistiques. — La saignée, soit générale, soit locale, a été mise en usage dans presque tous les cas, et l'on conçoit qu'il devait en être ainsi dans une affection due à une inflammation très aiguë ou aux progrès rapides d'une inflammation ancienne. La *saignée générale* a été recommandée principalement par Bayle et MM. Miller, Cheyne et Legroux. Ce dernier a employé des saignées répétées en même temps que les sangsues. Néanmoins il a soin de faire remarquer qu'il faut être sobre de ce moyen chez les sujets affaiblis, et qu'il ne faut point persister dans son emploi lorsque, après plusieurs saignées, l'amélioration est peu considérable. Il est plus que probable que la saignée a son degré d'utilité, mais il est certain aussi que dans aucun cas elle n'a suffi pour procurer la guérison. C'est donc un moyen sur lequel on ne pourra compter que comme venant en aide à l'action des autres remèdes. Les *sangsues* ont-elles eu plus d'effet? D'après les observations, il n'en est rien, et l'on ne peut même pas savoir si elles ont procuré un soulagement réel. On les emploie ordinairement en même temps que la saignée générale; Bayle conseille de les appliquer à l'anus.

On voit que nous ne regardons pas les émissions sanguines comme un moyen très efficace; cependant on nous a reproché de les avoir conseillées, même avec des restrictions; mais nous avons fait remarquer ailleurs (*Mém. cit.*) qu'il suffit, pour qu'on ait recours à un moyen thérapeutique, qu'il procure un soulagement marqué, et que s'il ne fallait conseiller que les médications qui enlèvent entièrement et à coup sûr les maladies, la thérapeutique deviendrait bien pauvre.

Révulsifs. — Il est rare qu'on ne joigne pas à l'action de la saignée celle des *révulsifs*: ainsi on applique des vésicatoires autour du cou, des sinapismes; on pratique sur la même région des frictions irritantes, etc. Le vésicatoire a été appl

qué par Bayle, MM. Bouillaud, Patissier, Miller, Bedingfield, etc. Ce sont généralement de larges vésicatoires qui ont été posés et que l'on a laissés à demeure. Ce moyen est un de ceux qu'il faut le moins négliger; néanmoins on ne saurait dire qu'il ait suffi pour emporter la maladie, car jamais on ne l'a employé seul. Mais nous avons vu, pour notre part, deux cas où, un large vésicatoire étant appliqué sur la partie antérieure du cou, en même temps qu'on administrait l'émétique en lavage, tous les accidents de l'œdème de la glotte se dissipèrent rapidement. Les sujets étaient deux femmes affectées depuis plusieurs années d'ulcères évidents du larynx. Dans un de ces cas, entre autres, la suffocation, qui durait presque sans interruption depuis vingt-quatre heures, était parvenue à un si haut degré, que l'on discuta la question de savoir si l'on devait pratiquer la trachéotomie. Mais Vidal (de Cassis), alors chirurgien à Lourcine, où était la malade, nous ayant cité plusieurs cas dans lesquels le vésicatoire, joint à l'émétique, avait eu un plein succès, nous employâmes cette médication qui réussit parfaitement. Parmi les moyens médicaux, le vésicatoire est également un de ceux qui inspiraient le plus de confiance à Sestier (1). Les vésicatoires qui ont eu d'aussi heureux effets étaient de très grande dimension, ils occupaient la partie antérieure et les deux côtés du cou. Quelques médecins pensent qu'il vaut mieux appliquer un vésicatoire de chaque côté du cou, afin de laisser la région laryngienne libre pour la trachéotomie, dans le cas où cette opération deviendrait nécessaire. Mais ce n'est point là un motif suffisant, car la présence du vésicatoire ne peut réellement pas apporter le moindre obstacle à l'exécution de cette opération. Les vésicatoires ont aussi été placés à la nuque, à la partie supérieure de la poitrine, aux bras et aux cuisses. Il est douteux que ces exutoires, et surtout les derniers, aient eu l'effet qu'en attendait le médecin.

Les *sinapismes* ont été moins fréquemment mis en usage. Bayle et M. Miller sont à peu près les seuls qui citent des cas où ce moyen fut employé comme agent principal. Dans ces cas, il est remarquable que l'application des sinapismes fut suivie d'un soulagement presque immédiat. Celui qui est rapporté par Bayle, et dont l'observation appartient à Mérat, présente surtout cette particularité, que l'application des sinapismes produisit une infiltration remarquable de la partie antérieure du cou, et qu'il survint en même temps un amendement sensible de tous les symptômes. Les détails fournis par Mérat me paraissent assez intéressants pour trouver place ici.

« Le 1er, le 6, le 11 et le 24 août, on appliqua des sinapismes sur le larynx : le premier sur le milieu de l'organe, le deuxième sur le côté gauche, le troisième sur le côté droit, et le quatrième à la partie inférieure. Les deux premiers sinapismes produisirent un gonflement notable du tissu cellulaire sous-cutané, et même de la peau, qui devint très rouge; et quoiqu'il n'y eût chez ce malade aucune apparence d'œdème aux jambes ni aux mains, les parties rougies s'infiltrèrent d'une manière si remarquable qu'en les pressant avec le doigt on y formait une empreinte, et en comprimant une portion de la peau entre deux doigts, la sérosité refluait dans le tissu cellulaire environnant. Le troisième sinapisme produisit moins d'infiltration; le quatrième n'en causa qu'une médiocre. L'application de chaque sinapisme durait

(1) *Loc. cit.*

cinq heures; à mesure qu'on les posait, l'étouffement diminuait, les autres symptômes s'amélioraient. »

L'action des sinapismes, dans ce cas, est très digne de remarque sans doute; toutefois il ne faut pas lui accorder plus de valeur qu'elle n'en a réellement, car il résulte des détails de l'observation que la maladie avait une intensité médiocre.

Nous avons vu comment M. Hutchinson employait l'*huile de croton tiglium* dans la laryngite. Plusieurs des cas dans lesquels il a usé de ce médicament pouvant se rapporter à l'espèce de laryngite qui nous occupe, on ne devra pas oublier cet agent thérapeutique (voy. p. 371).

Frictions mercurielles. — Les frictions mercurielles, si fréquemment employées dans les diverses espèces de laryngite, ont été aussi mises en usage dans la laryngite œdémateuse. M. Bricheteau, en particulier (*loc. cit.*), les a prescrites concurremment avec l'émétique, et les a continuées avec persévérance; mais, bien qu'il les ait poussées jusqu'à produire la salivation, elles n'ont paru avoir un résultat que dans un seul cas. On pratique ces frictions tantôt sur le cou, tantôt dans un point plus ou moins éloigné. M. Bricheteau faisait faire des frictions sur le ventre et les cuisses, avec 25 *grammes d'onguent napolitain chaque jour.* On ne trouve pas dans les autres auteurs de détails bien circonstanciés sur cette espèce de médication.

Le *mercure* a été aussi donné à l'intérieur; c'est le *calomel* qu'on a le plus fréquemment employé. M. Thompson (1) conseille d'en donner 5 *centigrammes toutes les six ou huit heures.* Nous ne connaissons rien qui prouve d'une manière précise l'efficacité de ce moyen.

Dans un cas où certaines cicatrices firent croire à l'existence d'une syphilis, M. Legroux eut recours à l'*iodure de potassium*. Les symptômes s'amendèrent rapidement, et la guérison fut complète (2). Ce fait ne doit pas être perdu pour le praticien.

Vomitifs. — C'est l'*émétique* qui a été presque exclusivement administré dans l'espèce de laryngite dont il s'agit. Il a été recommandé, en particulier, par Bayle et MM. Cruveilhier et Legroux. On a vu que, joint aux frictions mercurielles, il paraissait avoir eu de bons résultats dans un cas cité par M. Bricheteau. Nous en avons indiqué d'autres où, uni au vésicatoire, ce moyen avait été également suivi de succès. C'est donc un remède qu'il ne faudra pas négliger, sans toutefois lui accorder une aussi grande influence que dans le croup; car ici il n'y a point de fausses membranes à détacher.

Nous avons rapporté dans nos recherches (*Mém. cit.*, p. 180), outre le cas cité plus haut et où l'émétique a été combiné avec le vésicatoire, une deuxième observation qui prouve les heureux effets de ce traitement, dans lequel le tartre stibié joue assurément un grand rôle.

Purgatifs. — Sestier (3) vante les bons effets des purgatifs employés de prime abord si l'angine est liée à l'anasarque ou à l'hydropisie, et après les émissions sanguines et le vomitif, si l'angine œdémateuse est inflammatoire. Ce médecin recommande surtout l'*huile de croton tiglium*, à la dose de 2 gouttes en pilules, si cela

(1) *Chron. laryngitis*, etc. (*The Lancet*, 1834, t. I, p. 543).
(2) *Bulletin gén. de thérap.*, avril et novembre 1846.
(3) *Loc. cit.*, p. 277 et suiv.

est possible ; dans le cas où la déglutition est difficile, on administrera l'huile dans une cuillerée à bouche d'eau sirupeuse, en recommandant d'avaler brusquement le liquide.

Tels sont les moyens que l'on peut appeler *indirects*, et qui sont le plus généralement mis en usage. Nous n'avons point parlé des *antispasmodiques* recommandés par Bayle, sans doute pour combattre le prétendu spasme du poumon, ni des *diurétiques* indiqués par le même auteur ; car, si ces médicaments ont quelque effet comme adjuvants, ils n'ont jamais paru agir d'une manière notable sur la maladie.

Moyens directs. — *Insufflations de substances pulvérulentes.* — On a rarement eu recours aux insufflations dans les cas d'œdème de la glotte confirmé. Dans un cas observé par M. Legroux (*loc. cit.*, p. 94), l'*alun en poudre* fut plusieurs fois insufflé dans le larynx. Le malade succomba sans que ce moyen eût le moindre effet sur la maladie. On sera peu porté à le mettre en usage, si l'on réfléchit que ces insufflations sont irritantes, et peuvent augmenter, au moins momentanément, les accidents. Et ceci n'est point seulement une théorie ; car, dans les cas où l'on ordonne les insufflations pour une laryngite ulcéreuse chronique, on voit, immédiatement après l'introduction du médicament dans le larynx, survenir une suffocation d'une durée variable. Il est fâcheux que M. Legroux ne nous ait pas fait connaître les résultats immédiats de ces insufflations.

Depuis lors Sestier (1) a cité 5 cas de guérison sur 7 malades chez lesquels on a fait des insufflations d'alun, et, selon lui, ce médicament doit être employé de préférence quand l'angine laryngée est passive ou voisine de cet état.

La dose d'alun sera de 2 à 4 grammes répétée trois ou quatre fois par jour.

Toutefois il suit de ce qui précède que, dans l'état actuel de la science, les insufflations de substances pulvérulentes ne peuvent pas inspirer une grande confiance. C'est à l'observation ultérieure à prononcer.

La *cautérisation par la solution de nitrate d'argent* (1 gramme et plus pour 20 grammes d'eau) a paru, dans trois des cas rassemblés par Sestier, agir d'une manière avantageuse. Nous l'avons pratiquée dans un cas où les accès étaient très prononcés, et en quarante-huit heures ils avaient disparu. Le malade était un phthisique.

Incision, scarification ; déchirure du bourrelet œdémateux. — Lisfranc (2) eut le premier l'idée de faire sortir, à l'aide d'incisions plus ou moins nombreuses, le liquide séreux ou séro-purulent qui engorge le tissu sous-muqueux du larynx. Ce chirurgien cite cinq cas dans lesquels cette opération fut suivie d'un soulagement immédiat, et plus tard d'une guérison complète. Dans un sixième cas, plusieurs opérations semblables, pratiquées à des intervalles variables, n'agirent que comme palliatifs. Il existait des lésions profondes du larynx qui finirent par causer la mort du sujet. Voici comment Lisfranc pratiquait les scarifications.

SCARIFICATION DU BOURRELET ŒDÉMATEUX, PAR LISFRANC.

Prenez un bistouri un peu courbe, à lame étroite, longue, fixée sur un manche,

(1) *Loc. cit.*, p. 290.
(2) *Mém. sur l'angine laryngée œdémateuse* (Journ. gén. de méd., t. LXXXIII, 1823).

garnie de linge jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la pointe. Faites ouvrir largement la bouche au malade ; maintenez les mâchoires écartées à l'aide d'un morceau de liége placé profondément entre les arcades dentaires, et dont une extrémité sera soutenue par un aide. Le malade étant assis en face de vous et la tête fixée contre la poitrine de l'aide, portez l'index et le médius de la main gauche dans la bouche, jusque sur le bourrelet œdémateux. Glissez à plat sur ces deux doigts le bistouri, tenu par son manche comme une plume à écrire. Lorsque vous serez parvenu sur le larynx, dirigez le tranchant en avant et en haut ; puis, après avoir élevé le manche, abaissez-le peu à peu, en pressant légèrement sur la pointe. Ainsi, vous ne pouvez manquer d'ouvrir la tumeur.

Il faut d'abord faire peu de mouchetures; car, à l'aide de la pression, deux ou trois petites incisions suffisent. On les multiplierait facilement par le même procédé, si on le jugeait nécessaire.

Ces scarifications, dit Lisfranc, produisent l'écoulement de la matière infiltrée, et quelquefois un léger suintement sanguin qui opère un dégorgement salutaire. La toux provoquée par la chute de quelques gouttes de sérosité dans le larynx contribue beaucoup à diminuer la tumeur.

Les résultats immédiats de ces scarifications peuvent être entravés par une inflammation plus ou moins intense qu'elles déterminent dans le larynx et les parties environnantes. En pareil cas, il faut avoir recours aux saignées générales et locales, qui font bientôt disparaître cette inflammation traumatique.

Avant de faire des observations sur l'opération proposée par Lisfranc, nous allons exposer les modifications que M. Legroux y a apportées. Cet auteur nous apprend que le souvenir du fait suivant, rapporté par Marjolin dans ses cours, lui donna l'idée de tenter la déchirure de la membrane muqueuse. Dans un cas d'angine œdémateuse, Marjolin employa, pour déchirer la muqueuse boursouflée, une longue racine de guimauve qu'il introduisit dans le pharynx et l'œsophage, et avec laquelle il exerça des mouvements de haut en bas, et par suite des frottements sur ces organes. Cette opération fut suivie d'un plein succès. Voici comment procède M. Legroux.

PROCÉDÉ DE M. LEGROUX.

« Je me taille, dit-il, l'extrémité libre de l'ongle de l'index, de manière à former des pointes aiguës ; je déchire autant qu'il m'est possible de le faire, la muqueuse boursouflée. Des mucosités s'écoulent en abondance après cette opération. »

M. Legroux cite des cas où cette manœuvre a été suivie d'un soulagement presque immédiat.

Comment se fait-il qu'après les faits qui viennent d'être cités, les scarifications, ou la déchirure du bourrelet œdémateux soient si peu recommandées ? Il faut d'abord en chercher la raison dans la difficulté que l'on éprouve fréquemment à distinguer ce bourrelet lui-même. En outre, on est généralement arrêté par la persuasion où l'on est que ces scarifications ou déchirures ne peuvent faire écouler qu'une très petite partie du liquide infiltré, alors même que le bourrelet est le plus accessible.

La première objection demande quelques mots d'explication. Sans doute on ne *peut pas toujours* reconnaître le bourrelet, puisque le gonflement, ainsi que l'a dé-

montré M. Cruveilhier, peut exister à la partie inférieure du larynx ; mais ce n'est pas une raison pour repousser ce moyen de traitement ; il faut seulement reconnaître qu'il n'est applicable qu'à un certain nombre de cas. En un mot, on devra le tenter toutes les fois qu'on sentira distinctement le bourrelet œdémateux.

Quant à la seconde objection, elle paraît plus théorique que pratique. On s'est rappelé les expériences de Bayle, qui éprouvait de la difficulté à exprimer quelques gouttes de sérosité de ces bourrelets préalablement incisés, et l'on en a conclu que l'opération dont il s'agit devait produire très peu d'effet. Mais les observations positives citées par Lisfranc et M. Legroux doivent engager les praticiens à suivre leur exemple dans des circonstances semblables.

Reste maintenant la difficulté de cette opération. Il est certain qu'on parvient difficilement, dans certains cas, à porter l'instrument tranchant jusque sur l'ouverture laryngienne ; cette considération fera préférer peut-être le procédé adopté par M. Legroux et qui avait déjà été indiqué par Lisfranc, lorsqu'il disait : « Peut-être des ongles longs et tranchants pourraient ouvrir la tumeur. » D'un autre côté, on peut craindre que ces déchirures, ces lacérations d'un tissu déjà malade, n'occasionnent une inflammation plus violente que les simples scarifications. Il y a donc, comme on le voit, dans cette question de thérapeutique, comme dans tant d'autres, des problèmes très difficiles à résoudre. L'observation exacte prononcera. Les observations de M. Legroux ne sont pas aussi concluantes qu'elles le paraissent au premier abord, parce que de larges vésicatoires (moyen d'une activité incontestable) ont été mis en usage en même temps que la lacération du bourrelet.

Récemment on a fait connaître des procédés qui rendent l'opération plus facile ; nous allons les indiquer.

PROCÉDÉ DE M. GORDON-BUCK (1).

Le malade assis sur une chaise, la tête portée en arrière et appuyée sur la poitrine d'un aide, la bouche largement ouverte, l'opérateur porte le doigt index de la main gauche jusqu'à l'épiglotte en l'introduisant par la commissure droite et en le faisant glisser le long de la langue jusqu'à ce qu'il ait atteint l'épiglotte. Il est assez facile de porter le doigt au-dessus et en arrière de ce cartilage et de l'avancer en avant sur le bord de la langue. Cela fait, l'opérateur saisit de la main droite un instrument analogue au long bistouri inventé par Blandin pour faire la section des amygdales, avec cette différence que le bistouri est recourbé à angle presque droit dans son cinquième antérieur. Cet instrument est mousse à son extrémité ; il ne coupe que dans la portion recourbée. On le fait glisser, par sa convexité, sur l'index de la main gauche, jusqu'à ce qu'il ait atteint l'ongle : alors on lui fait subir un mouvement de rotation qui fait pénétrer la partie recourbée dans l'arrière-gorge et entre les lèvres de la glotte. En faisant exécuter au manche un mouvement de rotation, on peut toucher successivement les divers points de la glotte, les replis aryténo-épiglottiques, en ayant soin d'agir en relevant l'instrument et en sciant plutôt qu'en coupant. M. Gordon-Buck cite plusieurs cas de succès.

(1) *Trans. of med. Amer. Associat.*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 15 mars 1850.

SCARIFICATEURS DE M. SESTIER (1).

M. Sestier propose deux nouveaux instruments :

Le premier, qu'il appelle *scarificateur à feuille de myrte*, offre une tige fixée sur un manche et dont l'extrémité recourbée se termine dans le sens de sa courbure par une lame à feuille de myrte coupant latéralement. Cette lame, introduite dans l'orifice supérieur du larynx, peut agir dans certains cas, et du même coup, sur les deux bourrelets; elle sert également à scarifier l'épiglotte et les replis glosso-épiglottiques.

Le second instrument, auquel ce médecin donne le nom de *presso-scarificateur*, est une pince à branches entrecroisées dont chaque extrémité, courbée sous un angle légèrement obtus, est munie d'un mors triangulaire à angles mousses, forme qui est celle des ligaments aryténo-épiglotiques ; à la face interne de chaque mors, existent quatre petites lames d'une ligne environ de saillie et dentelées, pour agir aussi bien en ponctionnant qu'en incisant : les lames d'un côté alternent avec celles du côté opposé ; une saillie placée dans le voisinage du mors les maintient fixement à une petite distance l'une de l'autre et s'oppose à ce que les ligaments soient percés ou incisés de part en part.

Pour se servir de cet instrument, le malade sera placé en face d'une fenêtre, la tête reposant sur un oreiller, ou mieux sur la poitrine d'un aide.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Les mâchoires étant largement écartées et maintenues même à l'aide d'un coin de bois ou de liége, l'opérateur place l'indicateur gauche exactement sur la ligne médiane de la base de la langue, qu'il déprime fortement, puis l'instrument est introduit fermé; son extrémité contourne et déplace l'épiglotte; alors, ramenant les mors à la verticale, on entr'ouvre la pince, et, en se guidant sur l'indicateur gauche et sur les rapports des parties entre elles, on introduit l'un des mors dans l'orifice supérieur du larynx, et l'on ferme la pince plus ou moins, selon l'épaisseur et la résistance du tissu infiltré. Ces deux derniers temps de l'opération doivent être promptement exécutés, puis, s'il y a lieu, on passe à l'autre bourrelet.

A l'aide du presso-scarificateur, dit M. Sestier, on pratique plusieurs incisions qui portent sur toute la hauteur et la largeur des bourrelets, qui sont distantes les unes des autres et à distance connue, assez profondes, et portant à la fois sur les faces externe et interne du bourrelet.

On exerce ainsi une pression plus ou moins forte à la fois sur les deux côtés du bourrelet au moment où il est incisé ; on agit, de plus, rapidement, sans courir le risque d'intéresser d'autres parties que l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques ; on n'est pas, non plus, exposé, vu la présence de la saillie, à les percer de part en part, et, enfin, on n'a aucune hémorrhagie grave à redouter.

Laryngo-trachéotomie. — Depuis longtemps on a eu l'idée de recourir à cette opération dans la laryngite œdémateuse, et l'on ne peut douter que plusieurs des cas d'angine pour lesquels on a autrefois conseillé la trachéotomie ne fussent des laryn-

(1) *Sestier, loc. cit.*, p. 315.

gites œdémateuses. Mais ce n'est guère qu'à Desault (1) qu'il faut faire remonter l'application méthodique de cette opération aux cas dont il s'agit. Après lui, plusieurs chirurgiens en France ont eu recours au même moyen avec des succès variés. Dans ces derniers temps, MM. Trousseau et Belloc ont pratiqué la trachéotomie dans des cas fort graves, et lorsqu'ils n'ont pas réussi à sauver les sujets, ils ont presque constamment prolongé leur existence. MM. Lawrence, Miller, Purdon, Bricheteau, A. Lefèvre, Robert et Charcellay, n'ont pas hésité à recourir à cette opération, et ces derniers ont cité des cas de guérison chez des sujets qui, sans aucun doute, auraient succombé si l'on n'avait point ouvert un libre accès à l'air. Le fait rapporté par M. Charcellay (2) est surtout des plus remarquables. Il s'agit d'un sujet qui avait un œdème de la glotte causé par l'ingestion de l'acide sulfurique. La trachéotomie fut pratiquée, et en vingt-neuf jours la cicatrisation était complète. Le malade ayant commis une imprudence, les symptômes se reproduisirent ; M. Charcellay n'hésita pas à pratiquer une seconde fois l'opération sur l'ancienne cicatrice, et la guérison fut radicale.

Il est inutile d'entrer dans le détail des faits pour démontrer que l'ouverture du laxynx et de la trachée doit être pratiquée lorsque les autres moyens, et notamment les larges vésicatoires, le tartre stibié et les scarifications, n'ont pas réussi. L'imminence de la suffocation doit décider le médecin à opérer, car il n'y a pas d'autre chance de salut.

Doit-on avoir recours à la *simple trachéotomie*, telle qu'elle a été décrite à l'article *Croup*, ou bien faut-il pratiquer la *laryngo-trachéotomie*, comme quelques médecins l'ont fait ? Nous pensons qu'on ne doit pas adopter une de ces méthodes à l'exclusion de l'autre, car elles peuvent être toutes les deux applicables ; il faut seulement savoir distinguer les cas.

S'il s'agit d'une laryngite séro-purulente récente, précédée des symptômes d'une laryngite simple, la seule indication à remplir est d'ouvrir à l'air un passage artificiel. Pour cela, la trachéotomie suffit. Si, au contraire, on a affaire à une laryngite ulcéreuse chronique, qui s'est terminée par l'œdème de la glotte, on peut, en pratiquant la laryngo-trachéotomie, atteindre un double but : celui de rétablir le passage de l'air, et celui de pouvoir porter sur l'organe malade des topiques actifs. Si l'on jugeait cette dernière opération nécessaire, voici comment on la pratiquerait.

LARYNGO-TRACHÉOTOMIE.

Tout étant disposé comme pour la trachéotomie (voy. p. 447), on fait partir l'incision cutanée du bord inférieur du cartilage thyroïde, et on la prolonge jusqu'à deux pouces au-dessous. On découvre l'espace crico-thyroïdien, la partie moyenne du cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, souvent recouverts par l'isthme du corps thyroïde : on incise la membrane crico-thyroïdienne au-dessus et auprès du bord supérieur du cartilage, pour éviter l'artère qui la recouvre, et, pénétrant ainsi dans le tube aérien, on incise de haut en bas les parties préalablement découvertes, en s'écartant le moins possible de la ligne médiane.

(1) *Œuvres chirurgicales*. Paris, 1801, t. II, p. 236.
(2) *Mém. de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire* (voy. *Bulletin de thérap.*, 30 avril 1849).

Telle est la manière dont on agit aujourd'hui. Boyer commençait l'incision du canal aérien par la trachée, puis il la prolongeait de bas en haut, jusqu'à ce qu'il eût coupé le cartilage cricoïde. Mais il n'est point important, comme dans la trachéotomie, d'ouvrir le tube aérien par en bas, car l'espace devenant plus grand, on ne risque pas, en agissant autrement, d'aller atteindre, en prolongeant l'incision, les gros vaisseaux situés au sommet de la poitrine.

Après l'opération, on se conduira comme il a été dit à l'occasion de la trachéotomie (voy. p. 449). Si toutefois on veut porter sur le larynx lui-même des médicaments actifs, on attendra que les premiers accidents de l'opération soient passés; puis, à l'aide d'un pinceau de charpie monté sur un manche, ou mieux d'un morceau d'éponge fixé sur une baleine, on portera dans l'intérieur du larynx un des divers caustiques indiqués à l'article *Laryngite simple chronique.* Il ne faut pas croire cependant qu'on puisse toujours parvenir facilement à atteindre le siége de la maladie : les lésions se trouvent souvent hors de la portée de nos instruments. Dans un cas que j'ai rapporté dans mes recherches, et qui est dû à M. Trousseau (voy. *Mém. cité*, p. 187), l'opération étant pratiquée sur le malade dans la position assise, il y eut une syncope promptement mortelle : c'est donc une position qu'il ne faudra jamais choisir.

Dans tous les cas, on ne devra pas négliger, après l'opération, les moyens propres à faire disparaître la laryngite séreuse ou séro-purulente ; et quant à la cicatrisation de la plaie faite au canal aérien, on ne devra la favoriser qu'après plusieurs essais qui auront prouvé que le passage de l'air est rétabli.

Il reste parfois après l'opération, et lorsque la cicatrice est parfaite, une ouverture permanente qui fait communiquer directement la trachée avec l'air extérieur : on peut remédier à cet inconvénient par la suture, après avoir ravivé les bords de l'ouverture, ou, si les tissus ne prêtaient point assez, en empruntant un lambeau aux parties voisines, ainsi que M. Velpeau l'a fait une fois avec un plein succès. Mais les malades sont si peu gênés par cette fistule, que quelques-uns ne veulent pas se soumettre à cette nouvelle opération, et c'est ce qui a été observé chez un sujet par M. Bricheteau. Ce n'est là, au reste, qu'un léger inconvénient qui ne doit pas plus longtemps nous arrêter.

Casimir Broussais a cité un cas (1) dans lequel, après l'ouverture du canal aérien, on vit apparaître deux bourrelets œdémateux obstruant la partie inférieure du larynx : ces bourrelets furent excisés, et l'opération réussit complétement.

Résumé, ordonnances. — Les détails dans lesquels nous sommes entré à propos du traitement me dispensent de donner un grand nombre d'ordonnances. Nous allons seulement présenter quelques prescriptions principales, applicables aux cas d'œdème de la glotte survenant dans le cours de la laryngite ulcéreuse chronique.

I[re] Ordonnance.

LARYNGITE ŒDÉMATEUSE AIGUE.

1° Pour tisane, infusion de fleurs de sureau, édulcorée avec le sirop de guimauve.

(1) *Ann. de la méd. physiol.*, février 1829.

2° Une saignée du bras, de 500 grammes, répétée le soir, si le sujet est vigoureux. En même temps, 25 ou 30 sangsues sur les parties latérales du cou.

3° Un large vésicatoire sur la partie antérieure du cou, depuis la partie supérieure du larynx jusqu'au sternum.

4° ℞ Eau distillée de laitue. 160 gram.	Sirop d'ipécacuanha.........	30 gram.
Tartre stibié...... 0,10 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure. On peut mettre, si on le juge convenable, les 10 centigrammes de tartre stibié dans la tisane.

5° Si l'on peut atteindre le bourrelet, on doit chercher à l'inciser, soit avec la pointe du bistouri, soit avec les instruments de M. Sestier, ou à le déchirer avec l'ongle taillé en pointes aiguës.

6° Diète absolue.

Nous n'avons pas besoin de dire qu'on pourra ajouter à cette ordonnance des pédiluves et des manuluves sinapisés, etc., moyens que l'on ne doit regarder que comme des adjuvants. Il faut en dire autant des préparations opiacées, qui ne sont données que comme calmantes.

II° Ordonnance.

ŒDÈME DE LA GLOTTE SURVENU DANS LE COURS D'UNE LARYNGITE ULCÉREUSE CHRONIQUE.

1° Pour tisane, infusion de violette sucrée.

2° Saignées et sangsues, comme dans l'ordonnance précédente, si le malade a conservé ses forces ; s'il est très débilité par une longue maladie, s'en tenir à 15 ou 20 sangsues.

3° Vésicatoire, *ut suprà.*

Ou bien :

Sinapismes fréquemment réitérés sur la région laryngienne et les parties latérales du cou.

4° Frictions mercurielles avec 15, 20 ou 25 grammes d'onguent mercuriel sur le ventre, les cuisses et les bras, jusqu'à ce que la salivation paraisse.

5° Vomitifs, scarifications, déchirure du bourrelet, *ut suprà.*

6° Régime moins sévère que dans le cas précédent, à moins que les symptômes n'aient une acuité marquée.

Dans la laryngite aiguë comme dans la laryngite chronique, si les moyens indiqués dans ces ordonnances n'avaient point d'effet sensible, et si la suffocation était imminente, il ne faudrait pas hésiter à recourir à la *laryngotomie* ou à la *laryngo-trachéotomie*, suivant les cas.

Traitement prophylactique. — On a vu que les sujets les plus exposés à la laryngite séreuse ou séro-purulente sont ceux qui sont convalescents de maladies aiguës, et notamment des affections de poitrine et de la fièvre typhoïde, ceux qui contractent facilement des angines, et enfin ceux qui sont affectés de laryngite ulcéreuse chronique. Les premiers devront donc se soustraire avec soin au froid et à l'humidité ; les derniers auront non-seulement à éviter les variations brusques de température, l'exposition à la pluie, aux brouillards, etc., mais encore à éloigner

toutes les causes qui peuvent porter une irritation sur le larynx, et qui ont été indiquées à l'article *Laryngite ulcéreuse chronique*.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Laryngite séro-purulente aiguë :* antiphlogistiques énergiques ; révulsifs ; vomitifs ; scarification, déchirure du bourrelet ; trachéotomie.

2° *Laryngite œdémateuse dans le cours de la laryngite ulcéreuse chronique :* antiphlogistiques moins énergiques ; révulsifs ; vésicatoires, sinapismes ; frictions mercurielles ; purgatifs ; scarifications, déchirure du bourrelet ; trachéotomie ou laryngo-trachéotomie.

ARTICLE VII.

POLYPES, VÉGÉTATIONS, CANCER DU LARYNX, HYDATIDE, CALCULS, TUMEURS DE NATURE INDÉTERMINÉE.

Les diverses lésions dont je vais dire un mot dans cet article sont rares ; elles sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et elles n'ont une importance réelle que relativement au diagnostic. Il est donc évident qu'elles intéressent infiniment moins le praticien que les autres affections du larynx, et c'est ce qui m'a engagé à les renfermer toutes dans une description peu étendue. Néanmoins, comme elles pourraient embarrasser le médecin, si elles venaient à se présenter à son observation, nous insisterons sur quelques particularités d'un intérêt pratique.

§ I. — Polypes, végétations.

Nous possédons peu de bonnes observations de polypes et de végétations développés dans le larynx ; mais on en trouve un certain nombre de cas sommairement indiqués dans les auteurs.

Polypes. — Desault (1) avait vu trois cas de polypes du larynx et de la trachée-artère. Lieutaud (2) en cite plusieurs exemples. MM. Trousseau et Belloc en ont recueilli un cas, et MM. Senn et Romain Gérardin en ont fourni chacun une observation.

Plus récemment M. C.-N. Ehrmann (3) a publié une série de 36 observations recueillies, la plupart, dans les différents auteurs, et dont quelques-unes lui sont personnelles.

Plus récemment encore, M. Rokitansky (4) a réuni un assez grand nombre d'exemples (11 cas) de cette affection ; mais nous verrons plus loin que la plupart ne sont pas de vrais polypes du larynx.

Il serait inutile de rechercher les *causes* de ces excroissances, que leur forme et leur implantation par un pédicule étroit empêchent de regarder comme des végétations syphilitiques. On peut dire néanmoins d'une manière générale que ces

(1) *Œuvres chirurgicales*, t. II, p. 254.
(2) *Historia medica sistens numerosissima cadav. hum. extispicia*, etc., t. II, lib. IV, obs. 63 et 64, p. 297. Paris, 1767.
(3) C.-N. Ehrmann, *Hist. des polypes du larynx*. Strasbourg, 1850.
(4) Voy. *Union médicale*, 25 octobre 1851.

polypes se produisent particulièrement chez l'adulte. On n'en connaît, en effet, que deux cas qui fassent exception à cette règle : l'un observé par Lieutaud, chez un enfant de douze ans ; l'autre par M. Ehrmann, chez un enfant de neuf ans.

Les *symptômes* communs à ces corps étrangers formés dans les voies aériennes sont une *suffocation* qui va sans cesse croissant. Toutefois, suivant Desault, la respiration serait libre dans certains moments et gênée dans d'autres, ce qu'il explique par les déplacements de la tumeur, qui tantôt se place entre les lèvres de la glotte, et tantôt laisse cette ouverture libre. Dans les observations que je viens de citer, cette intermittence n'a pas été aussi considérable que le prétend Desault. La *voix*, d'abord rauque, se perd au bout d'un temps très variable (de quelques mois à cinq ou six ans) ; l'*expectoration* ne présente rien de particulier ; il n'y a point de *douleur locale* ni de *douleur à la pression*. Le malade éprouve un sentiment de *gêne*, et il a la *sensation d'un corps étranger* enfermé dans le larynx. Dans les derniers temps de l'existence, la *dyspnée* est extrême ; l'inspiration sifflante se fait avec de grands efforts ; le *murmure respiratoire* n'est point entendu dans la poitrine, et les malades meurent avec tous les signes de l'asphyxie par privation d'air.

Dans une des observations rapportées par M. Ehrmann (obs. 29), en appliquant le stéthoscope sur le larynx, on entendait distinctement un bruit de soupape chaque fois que le polype était poussé avec une certaine force vers la glotte. Dans un cas, on a vu, par moments, survenir un léger *mouvement fébrile*, mais c'est là un simple accident et non un symptôme propre à la maladie.

Selon M. Ehrmann, il n'existe qu'un seul signe certain de l'existence de cette maladie : c'est l'*expulsion de quelques parcelles de polype*.

La *marche* de cette affection est lente, et sa *durée* indéterminée.

A l'*autopsie*, on trouve une tumeur ordinairement pyriforme, et fixée par un pédicule mince à un des ventricules du larynx. Dans tous les cas que j'ai rassemblés, c'était là qu'avait lieu l'implantation. La tumeur, tantôt lisse, tantôt présentant des aspérités, comme dans le cas cité par M. Gérardin (1), ne dépasse pas ordinairement la grosseur d'une aveline. Elle est, à son intérieur, blanche, fibreuse et résistante.

Selon M. Ehrmann (2), l'épiglotte est surtout le siége de prédilection.

M. Rokitansky (3), dans un travail destiné à faire suite à celui qui a été publié en 1850 par M. Ehrmann, divise les polypes du larynx en cinq ordres différents, qui sont : 1° le cancer épithélial ; 2° la tumeur fibroïde ; 3° le cancer médullaire ; 4° le polype muqueux ; 5° le lipome. Ces trois dernières formes sont, dit-il, de beaucoup les plus rares.

On voit par là que M. Rokitansky réunit sous la dénomination de polypes du larynx des maladies très diverses. Pour nous, la quatrième forme est la seule qui mérite ce nom.

Nous n'avons rien de positif sur le *traitement* de cette maladie, si ce n'est que la *trachéotomie* ou la *laryngo-trachéotomie* doivent être pratiquées lorsque la suffocation devient trop considérable, et qu'après l'opération on doit tâcher de saisir et d'extirper la petite tumeur, ainsi que le recommandait Desault.

(1) *Acad. de méd.*, séance du 27 septembre 1836.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

M. Ehrmann a pratiqué cette opération dans un cas, et il a réussi complétement. « L'imminence de l'asphyxie avait amené, dit-il, un trouble très grand de l'appareil de la circulation et de la respiration, le malade était épuisé ; aussi je me gardai bien de porter l'instrument tranchant sur l'organe que je savais être le siége de la maladie, je me contentai de pratiquer la laryngo-trachéotomie, ce qui rétablit le calme chez le malade, et le mit à même de bien supporter l'opération, que je fis quarante-huit heures après ; la canule que j'avais laissée à demeure dans la trachée-artère me fut d'une grande utilité pendant que j'opérais. D'abord l'air continua à entrer et à sortir avec la plus grande facilité ; ensuite, en la faisant abaisser ou déprimer légèrement par un aide, elle servait à tendre uniformément toutes les parties situées au-dessus d'elle ; l'extirpation du polype put en outre se faire avec le calme et le temps nécessaires à une si délicate opération.

» La canule a aussi le grand avantage de soustraire pendant quelques jours les surfaces dénudées au passage alternatif de l'air, dont l'action irritante, sur des tissus saignants, ne peut être que préjudiciable en s'opposant à une prompte cicatrisation. »

Végétations syphilitiques. — Les symptômes causés par les végétations syphilitiques ne diffèrent guère, si toutefois on peut en juger par un très petit nombre de faits et quelques mots empruntés aux auteurs, de ceux qui viennent d'être décrits. Néanmoins on peut penser que ces tumeurs, ayant une base large et étant moins mobiles, ne produisent pas une suffocation aussi intermittente que celle qui a lieu dans les cas précédents.

Plusieurs pièces d'anatomie pathologique, appartenant à des cas de ce genre, ont été décrites dans divers ouvrages. M. Andral (1) cite un cas dans lequel il a vu l'ouverture supérieure du larynx en grande partie obstruée par une végétation blanchâtre mamelonnée, ayant la plus exacte ressemblance avec une tête de chou-fleur, et se continuant intimement, par sa base, avec la membrane muqueuse. M. Ferrus (2) a rapporté une observation dans laquelle la description des symptômes est jointe à la description anatomique. Ces symptômes furent une *dyspnée* toujours croissante ; des *accès de suffocation*, dont un dernier mortel ; des *douleurs* vers le larynx durant depuis longtemps, et une grande tendance à la *congestion cérébrale*.

A l'ouverture du corps, on trouva deux tumeurs irrégulières, mamelonnées, fongueuses, dont l'une, de la grosseur d'une forte amande, adhérait, par une base assez large, aux deux replis fibro-membraneux qui forment le ventricule laryngien gauche, et l'autre, grosse comme un grain de millet, était située du côté opposé du larynx. La première oblitérait la glotte.

Les détails de cette intéressante observation prouvent combien, dans les cas de suffocation, on doit être attentif à rechercher la cause première de la maladie ; car, chez cette malade, un traitement antisyphilitique aurait pu avoir un grand succès dans les premiers temps de l'affection. Quant à la question de l'extirpation de la tumeur après la trachéotomie, elle n'est pas très difficile à résoudre, car le médecin doit agir suivant l'état des parties et la facilité qu'il a à atteindre le corps étranger.

(1) *Anatomie pathologique*, t. II, p. 472.
(2) *Archives gén. de méd.*, t. V, p. 559.

S'il peut le saisir, il doit, même quand il ne présente pas de pédicule, l'extirper aussi complétement que possible. La cautérisation et le traitement mercuriel achèveraient la cure.

M. Rayer (1) a représenté une tumeur de même nature, mais beaucoup plus considérable, car elle occupait toute la partie gauche du larynx.

Ces végétations sont-elles réellement dues au virus syphilitique? On ne peut point en douter pour le cas cité par M. Ferrus; quant à ceux qui sont rapportés par MM. Rayer et Andral, tout porte à croire qu'il en était de même, car les caractères des tumeurs étaient absolument semblables.

La *marche* de cette affection a été lente dans les cas que nous connaissons. Quant au *traitement*, nous n'en pouvons rien dire de positif, puisque la nature syphilitique du mal n'a point été reconnue pendant la vie.

§ II. — Cancer du larynx.

Cette affection est heureusement très rare; la science n'en possède que des exemples fort peu nombreux. Nous nous bornerons à indiquer les symptômes les plus remarquables indiqués dans les observations citées par M. Louis (2) et par MM. Trousseau et Belloc.

La maladie *débutait* par un enrouement de plus en plus considérable et de très longue durée; venaient ensuite l'*aphonie*, l'*oppression*, l'essoufflement, une grande *gêne* dans le larynx, et enfin les signes d'une *asphyxie* imminente. Chez le sujet observé par M. Louis, il était difficile de distinguer tous les symptômes du cancer, à cause de l'existence simultanée d'un emphysème pulmonaire très considérable. Cependant l'enrouement, puis l'aphonie permanente, l'amaigrissement, la teinte jaune terreuse de la peau, et, vers la fin de la maladie, le rejet des boissons par le nez, annoncèrent l'affection organique du larynx.

Dans trois cas cités par MM. Trousseau et Belloc, la *trachéotomie* fut pratiquée pour prévenir la suffocation; mais, dans deux, on ne reconnut la véritable nature de la maladie qu'après un temps assez considérable, et par suite de l'apparition, au dehors, de tumeurs ulcérées, saignantes, évidemment cancéreuses. Cela prouve combien le *diagnostic* est difficile dans les premiers temps de la maladie.

Chez un sujet, des débris de cartilages furent expulsés par la bouche. L'*expectoration*, chez le malade dont M. Louis nous a donné l'histoire, n'offrit rien de remarquable; elle consistait en quelques crachats grisâtres, demi-transparents, ou verdâtres et opaques. Elle ne varia que par son abondance. Mais ce qu'il importe de noter, c'est qu'il semblait à ce malade que les crachats se détachaient du cou, vers la partie supérieure du sternum. Cette sensation, quoique se produisant dans un point inférieur au larynx, aurait-elle quelque liaison avec la maladie de cet organe? Du reste, il n'est pas question, dans les observations de MM. Trousseau et Belloc, de douleurs *lancinantes ou autres;* et, dans le cas rapporté par M. Louis, il n'existait ni douleur de gorge ni *dysphagie*. Le rejet des boissons par le nez, dont j'ai parlé, n'eut lieu que deux fois.

(1) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, atlas, pl. XV, fig. 21.

(2) *Rech. sur l'emphysème pulmonaire*, obs. 1re (*Mém. de la Soc. méd. d'observation*, t. I, p. 169. Paris, 1837).

La mort survint toujours lentement ; elle fut causée, dans deux cas, par les progrès du cancer, qui, se portant vers l'œsophage, finit par mettre un obstacle invincible à la déglutition. Dans un autre, une phthisie aiguë emporta la malade.

Les tumeurs trouvées à l'*autopsie* sont irrégulières, dures, souvent ulcérées, comme dans un des cas cités par Morgagni (epist. XXVIII, 10). La description si exacte et si intéressante que M. Louis (*loc. cit.*, p. 173) nous a donnée de la tumeur cancéreuse qui existait chez son malade est le meilleur exemple que je puisse présenter au lecteur.

« L'épiglotte, dit-il, était un peu déjetée à gauche, d'ailleurs saine. Immédiatement au-dessous d'elle se trouvait une matière blanche, dure, ferme, difficile à inciser, criant sous le scapel, brillante, sans structure distincte, se prolongeant à droite et en arrière entre les cartilages thyroïde et cricoïde, ne dépassant pas supérieurement le niveau du thyroïde, et que très peu en arrière le cartilage aryténoïde du côté droit, lequel était transformé en une matière semblable à celle qui vient d'être décrite, sans être confondu avec elle, entièrement du moins. La masse cancéreuse dont il s'agit repoussait un peu l'épiglotte à gauche, avait trois quarts de pouce d'épaisseur en arrière, un peu moins en avant, et par conséquent la forme d'un coin, dont la grosse extrémité se trouvait dirigée vers la colonne vertébrale. Ramollie, de consistance crémeuse à l'intérieur, elle rétrécissait beaucoup la cavité du larynx à droite, où les cordes vocales étaient détruites ; et ce rétrécissement était encore augmenté par le développement d'une autre masse cancéreusé, semblable à la première, beaucoup moins volumineuse seulement, et placée sous la corde vocale inférieure gauche, laquelle était déjetée en dedans ; cette corde vocale et la supérieure correspondante étaient sans ulcération. D'ailleurs le cartilage thyroïde était sain, le cricoïde ossifié dans toute son étendue, et le muscle aryténoïdien finissait insensiblement, à droite, à la masse cancéreuse qui le remplaçait. La membrane muqueuse de la trachée-artère était pâle, d'une épaisseur et d'une consistance normales dans toute son étendue. »

La *marche* de cette maladie a toujours été lente, et sa durée n'a point encore été déterminée. Quant au *traitement*, il ne peut être que palliatif. Quand la suffocation est très considérable, la *trachéotomie* offre une précieuse ressource pour prolonger notablement les jours du malade.

§ III. — Hydatides, calculs.

On a cité des cas d'hydatides et de calculs développés dans le larynx. Regardant ces cas rares comme fort peu importants pour le praticien, nous nous bornerons à dire qu'on en trouve des exemples dans la thèse de M. Pravaz (1), dans l'ouvrage de MM. Trousseau et Belloc, et dans celui de M. Davaine (2).

Un mot seulement sur les *calculs* du larynx. Étaient-ce bien là de véritables calculs ? L'analyse n'en ayant pas été faite, on peut en douter, d'autant plus que ces corps étrangers étaient rugueux et altérés à leur surface. Ne pourrait-on pas plutôt rapprocher ces faits du cas cité par Hunter, et dans lequel une portion de cartilage fut rendue, et mit fin aux symptômes les plus graves (3) ?

(1) *De la phthisie laryngée*, thèse. Paris, 1824.
(2) *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*. Paris, 1859.
(3) J. Frank, *Prax. med.*, t. VI, p. 199.

§ IV. — Tumeurs de nature indéterminée.

Enfin, on a mentionné des tumeurs qui n'ont point été décrites avec assez de détails pour qu'on puisse indiquer leur nature, et qui, développées soit dans le larynx, soit dans les environs, ont obstrué le canal aérien et déterminé la mort par asphyxie.

§ V. — Considérations générales.

On peut reconnaître à toutes les tumeurs qui viennent d'être indiquées des symptômes communs : ce sont l'*enrouement* de longue durée, l'*aphonie* et la *suffocation*, qui finit par être portée au point de déterminer l'asphyxie.

Mais ont-elles des signes particuliers propres à fixer le *diagnostic?* Nous avons vu que, suivant Desault, une intermittence marquée dans les symptômes servirait à distinguer les *polypes pédiculés* des autres tumeurs; mais ce signe diagnostique a besoin d'être vérifié.

La *nature syphilitique* des végétations ne peut être reconnue que par les commémoratifs et par la présence de traces syphilitiques sur d'autres parties du corps.

Quant au *cancer*, les douleurs ne pourront ordinairement pas servir à le faire distinguer, puisqu'on les a vues complétement manquer. L'apparition d'une tumeur bosselée sur les côtés du larynx, la désorganisation toujours croissante de cet organe, le rejet de matières sanieuses, l'extension de la maladie vers le pharynx, et, par suite, la gêne de la déglutition, devront fixer l'attention du médecin dans un diagnostic si difficile.

Pour les *autres tumeurs*, les faits ne nous permettent pas de rechercher si le diagnostic en est possible : on sait qu'il y a un obstacle à la respiration, que cet obstacle est dû à une occlusion plus ou moins complète de la glotte, mais rien de plus.

Si maintenant nous recherchons à quels signes on peut distinguer ces tumeurs des autres maladies du larynx, nous voyons :

1° Que leur marche lente les distingue suffisamment de la laryngite aiguë, de la laryngite striduleuse et de la laryngite pseudo-membraneuse;

2° Que la suffocation toujours croissante ne permet pas de les confondre avec la laryngite chronique simple;

3° Que les progrès lents de la suffocation ne ressemblent pas aux accès toujours plus ou moins violents de l'œdème de la glotte, affection qui toutefois peut venir se joindre à ces tumeurs elles-mêmes, comme MM. Trousseau et Belloc en ont cité des exemples;

4° Enfin que l'absence ou la diminution notable du murmure respiratoire, dans toute l'étendue de la poitrine, font distinguer ces tumeurs du larynx de toutes les affections qui laissent un libre passage à l'air.

§ VI. — Traitement.

Si nous n'avons pas, pour nous guider dans le traitement, l'étude d'un nombre de faits suffisants, du moins nous pouvons trouver, dans les détails de ceux qui ont été indiqués plus haut, quelques indications qu'il n'est pas inutile de mentionner.

Si par les antécédents du malade, ou par l'existence de traces syphilitiques sur d'autres parties du corps, on parvient à constater ou seulement à soupçonner fortement l'existence de *végétations vénériennes*, on ne doit pas hésiter à employer un traitement antisyphilitique énergique.

S'il s'agit d'un *cancer* révélé par quelqu'un des signes indiqués plus haut, un emplâtre de ciguë, l'usage de cette substance à l'intérieur, l'eau de Vichy, en un mot tous les moyens généralement conseillés contre le cancer, seront mis en usage.

Enfin un précepte qui s'applique à toutes ces affections sans exception, c'est celui de pratiquer la *trachéotomie* ou la *laryngo-trachéotomie*, dès que la suffocation devient très considérable. Elle a été faite avec un plein succès, comme nous l'avons dit plus haut, pour un polype, par M. Ehrmann (de Strasbourg), qui a publié l'observation avec tous les détails nécessaires (1).

Après cette opération, on doit reprendre le traitement de la maladie. Dans le cas où un *polype* pourrait être atteint, on en ferait l'extirpation.

ARTICLE VIII.

APHONIE.

L'aphonie survient assez souvent sans qu'on puisse lui assigner pour cause une lésion déterminée du larynx : les exemples que je citerai dans le courant de cet article ne laissent aucun doute à cet égard. Ainsi l'extinction de la voix, qui, dans les maladies précédentes, n'était qu'un simple symptôme, constitue parfois à lui seul toute l'affection. Les médecins peuvent être appelés à traiter des cas de ce genre, qui présentent souvent de notables difficultés de diagnostic et une résistance fort grande aux remèdes les plus actifs. Tout nous fait donc un devoir de donner avec quelques détails l'histoire de l'aphonie; mais, avant d'entrer en matière, nous devons établir d'une manière bien précise ce que nous entendons par ce mot, qui a servi à désigner un si grand nombre d'états morbides fort différents.

Anciennement, sous le nom d'*aphonie*, on désignait tous les cas dans lesquels la voix était plus ou moins altérée ou entièrement perdue; aussi, quand on parcourt les nombreuses observations qui portent ce titre, on trouve des aphonies dues à toutes les lésions du larynx précédemment indiquées, et de plus une aphonie suite de la petite vérole, d'une apoplexie qui a déterminé la paralysie de la langue, d'une congestion cérébrale, etc. On a aussi cité des faits nombreux sous les titres d'*aphonie des ivrognes*. Un cas d'*aphonie congénitale* est rapporté par Schrœckius (2), qui attribue l'affection au désir non satisfait de la mère de manger d'un certain poisson : ce qui faisait, dit l'auteur, que l'enfant était muet comme le poisson. Enfin on trouve dans le recueil que je viens de citer un exemple d'aphonie par amour qui rentre dans l'*aphonia melancholica* de Sauvages. Il suffit d'avoir indiqué ces diverses espèces pour faire sentir combien une classification établie sur de tels faits serait vicieuse. Nous y trouvons, en effet, une aphonie symptomatique des lésions

(1) *Laryngotomie dans un cas de polype du larynx* (*Histoire des polypes du larynx*). Strasbourg, 1850, p. 23.

(2) *Miscell. nat. cur.*, ann. IX, dec. III, p. 160.

du larynx ou d'autres organes : du cerveau, par exemple; puis la difficulté de la parole observée dans le *delirium tremens;* puis encore une prétendue aphonie due à ce que l'on appelle une *envie* de grossesse, et qui est un véritable mutisme; enfin une aphonie qui n'est probablement autre chose qu'un refus de parler de la part d'un individu affecté de folie. Dans tous ces cas, la perte de la voix n'était qu'un phénomène souvent peu important.

C'est d'après ces faits qu'ont été conçues les diverses classifications de cette maladie. Sauvages admettait les espèces suivantes : *Aphonie mélancolique; A. par antipathie; A. des ivrognes; A. catarrhale anévrysmatique, traumatique, hystérique, paralytique* et *pulmonique* (1). J. Frank (2) a établi une classification un peu différente : ainsi il traite séparément des aphonies symptomatique, primitive, traumatique, inflammatoire, catarrhale et arthritique, gastrique spasmodique, métastatique, consensuelle. Nous avons cité toutes ces divisions pour montrer combien est grande la confusion qui existe dans l'histoire de cette maladie. On peut la comparer à celle qui régnait dans la pathologie de la phthisie pulmonaire, avant que les recherches récentes l'aient simplifiée en rendant à chaque ordre de lésions ce qu'on lui avait emprunté pour en faire un état morbide des plus complexes. Il est important d'agir de même pour l'aphonie, et de distinguer avec soin celle qui constitue une maladie particulière de celle qui n'est qu'un symptôme d'affections très différentes; c'est le seul moyen de mettre un peu de clarté dans l'étude des faits, et d'apporter dans la pratique moins de doute et d'hésitation.

D'après ces motifs, nous traiterons uniquement, sous le nom d'*aphonie*, de la perte plus ou moins complète du timbre de la voix, qu'on ne peut rapporter à aucune lésion organique appréciable. Il en résulte que toutes les fois que le lecteur voudra savoir ce qui se rapporte aux aphonies dues à d'autres maladies (*laryngite aiguë* et *chronique*, *croup*, etc.), c'est dans les articles consacrés à ces maladies qu'il devra chercher les renseignements.

Sous ce titre d'*aphonie*, la plupart des auteurs ont encore décrit un état accidentel de mutisme auquel quelques-uns ont donné le nom particulier d'*alalie*. Mais en examinant attentivement les observations, nous avons vu que ce mutisme était plutôt un symptôme d'un état nerveux général que le résultat d'un état particulier du larynx. Ce n'est, en effet, qu'à la suite d'une attaque d'hystérie ou de tout autre accident nerveux qu'il se déclare, et l'on ne peut évidemment pas plus faire de ce symptôme une maladie particulière que de la paralysie d'un ou de plusieurs membres qui survient dans les mêmes circonstances et disparaît de la même manière. C'est donc au chapitre consacré à l'histoire des névroses proprement dites qu'il faut renvoyer l'étude du mutisme accidentel.

Quant aux autres aphonies admises par les auteurs et citées plus haut, nous n'en rappellerons quelques-unes que pour les distinguer de celle qui fait le sujet de cet article.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'aphonie, telle que nous la concevons, doit, ainsi qu'on vient de le voir, être

(1) *Nosologia methodica*, class. VI, *Debilitat.*, ord. III, *Dyscinesiæ*.
(2) *Maladies du larynx*.

définie : l'abolition plus ou moins complète de la voix, avec conservation de la parole, et sans lésion organique à laquelle on puisse la rapporter.

Cette maladie a été désignée presque généralement par le nom que je lui conserve; mais elle est connue aussi sous les noms de *perte de la voix*, *extinction de voix*, *dysphonie*, etc., etc.

Considérée sous le point de vue que j'ai choisi, cette affection *n'est point fréquente :* pour en recueillir un certain nombre de cas, il faut chercher dans une foule d'observations relatives à l'aphonie symptomatique. La description qui va suivre se ressentira sans doute de cette pénurie de faits, mais elle aura toujours une certaine valeur, car nous avons réuni un plus grand nombre d'observations qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous ne possédons rien de précis sur les causes prédisposantes de l'aphonie. Ce que l'on peut dire de plus positif, c'est que les sujets atteints de névroses y sont plus exposés que les autres. On a dit que c'était chez les femmes hystériques qu'on la voyait survenir dans son plus haut degré; cela est vrai, et nous en avons vu tout récemment un exemple fort remarquable ; toutefois il faut noter que les auteurs qui ont avancé cette proposition ont eu en vue le mutisme accidentel plus encore que la simple aphonie.

Selon M. Brodie (1), les hommes qui mènent une vie sédentaire et qui sont forcés de parler en public à haute voix, les ecclésiastiques en particulier, sont sujets à l'aphonie hystérique; mais on peut appliquer à plusieurs des cas observés par cet auteur la réflexion précédente.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont extrêmement variables; toutefois on doit reconnaître que celles qui sont de nature à produire une vive impression sur le sujet sont les plus fréquentes. On a cité comme cause occasionnelle la *suppression*, l'*approche des menstrues* et les *couches* (Fréd. Hoffmann); une *attaque d'hystérie ;* la présence des *vers* dans le canal intestinal (2); une *affection des organes génitaux.* A l'occasion de cette dernière cause, on doit conserver quelques doutes lorsque l'affection est de nature syphilitique, parce qu'alors on peut penser que l'extinction de voix est due à une laryngite chronique de la même nature.

Dès longtemps l'attention des médecins a été fixée sur l'*état des nerfs récurrents* dans cette maladie. Galien avait déjà signalé les effets de la lésion traumatique de ces nerfs, et c'est appuyés sur ces observations, que plusieurs auteurs, et entre autres Behrens (3), ont, dans la suite, attribué l'aphonie à un état morbide de ces nerfs, alors même qu'aucune lésion traumatique ne les avait atteints.

Il n'est pas extrêmement rare de voir survenir l'aphonie sous l'influence de

(1) Voy. *Gazette méd. de Paris*, 1837, t. V, p. 181.

(2) Car. Schrœterius, *Miscell. nat. cur.*, ann. IV, dec. III, obs. LXVII, p. 125; et Buchner, *Act. nat. cur.*, vol. II, p. 145.

(3) *Miscell. nat. cur.*, ann. III, dec. III.

l'*intoxication saturnine*. Les circonstances dans lesquelles la maladie se produit alors, et l'existence des symptômes paralytiques dans d'autres parties du corps, ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie, qu'on doit rapporter à la paralysie des muscles intrinsèques du larynx. D'après M. Tanquerel des Planches (1), Baglivi, Citois, de Haen, Bonté, Desbois de Rochefort, etc., ne traîtent de cette aphonie que d'une manière générale. Quant à cet auteur lui-même, il en rapporte deux observations dont nous parlerons plus loin. Avant lui, A. Portal (2) avait donné l'indication de deux cas semblables.

L'aphonie peut-elle se montrer sous forme *épidémique?* Medicus, cité par Zacutus Lusitanus, prétend avoir observé une épidémie de ce genre ; mais il nous manque les détails nécessaires pour juger si l'aphonie est essentielle, ou, ce qui est probable, s'il s'agissait d'une laryngite avec extinction de la voix.

Les cas rapportés par Alardus Mauricius Eggerdes (3) ne doivent pas nous occuper ici ; car la maladie consistait en un véritable mutisme qui prit un caractère épidémique, et qui se manifesta chez des militaires parfaitement bien portants.

Il est encore beaucoup d'autres causes qui ont été admises par les auteurs, mais qu'il est inutile d'énumérer ici, car leur existence n'est nullement démontrée.

§ III. — Symptômes.

Les auteurs ont été excessivement sobres de détails sur les symptômes ; de telle sorte que très souvent il est impossible de savoir s'il existait une simple aphonie ou un véritable mutisme : or, comme la plupart n'ont fait aucune distinction entre ces deux états, il s'ensuit que cette négligence laisse un grand nombre de questions fort indécises.

Début. — Le *début* de l'aphonie peut être brusque ou graduel : dans ce dernier cas, comme on en trouve un exemple dans une observation citée par Ollivier (d'Angers) (4), on voit parfois apparaître d'abord une légère irritation de la gorge qui disparaît entièrement lorsque l'aphonie est devenue complète. Dans d'autres cas, au contraire, le début est si brusque, et les accidents qui l'accompagnent si complètement nuls, que les malades peuvent rester longtemps sans s'apercevoir de leur état, et n'en être avertis qu'au moment où ils veulent parler. C'est ce qui arrivait à la malade dont M. Rennes de (Strasbourg) nous a laissé l'histoire (5).

Symptômes. — De quelque manière que le début ait eu lieu, lorsque l'*aphonie* existe, les malades ne peuvent parler qu'à *voix basse*, et souvent en faisant de *grands efforts* pour se faire entendre ; mais c'est là le seul symptôme de la maladie, car, du reste, il n'existe ni douleur du larynx, ni toux, ni dyspnée. Lorsque ces derniers symptômes sont mentionnés, il est permis de croire que la maladie est due à une laryngite simple chronique, comme on en voit des exemples dans les observations de Zacutus Lusitanus (6), Th. Bonet (7), Scudamore (8), etc., etc.

(1) *Traité des maladies de plomb*, t. II.
(2) *Cours d'anatomie médicale*. Paris, 1804, vol. IV, p. 361.
(3) *Miscell. nat. cur.*, ann. IV, dec. III, 1698.
(4) *Archives générales*, 1re série, t. XX, p. 237.
(5) *Arch. gén. de méd*, 2e série, t. XX, p. 231.
(6) *Prax. med. admir.*, obs. CV.
(7) *Poliath., t. I, p. 1082.*
(8) *Edinburgh med. and. surg. Journ.*, juillet 1815, t. XI, p. 361.

Telle est l'aphonie proprement dite, qui consiste, comme on le voit, dans l'abolition du timbre de la voix et la conservation de la parole; différence essentielle entre elle et le mutisme accidentel.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est capricieuse, comme celle de toutes les névroses. Ainsi on trouve des faits dans lesquels, après une longue durée, la maladie se termine tout à coup et sans cause appréciable. Dans d'autres circonstances, elle se reproduit à des intervalles variables, persiste chaque fois pendant un temps indéterminé, et enfin devient permanente ou disparaît pour ne plus revenir. Nous avons vu un cas d'aphonie simple, où l'extinction de voix, survenue tout à coup, persiste avec la même intensité depuis longues années. Le sujet de cette observation est une domestique qui, pour rappeler ses règles supprimées, prit secrètement un éméto-cathartique qui lui avait été donné par un charlatan. Des évacuations excessives furent provoquées par le remède, et lorsqu'on vint au secours de cette femme, on la trouva presque inanimée. Dès ce moment, elle n'a pu parler qu'à voix basse, faisant des efforts considérables pour se faire entendre, n'éprouvant aucun symptôme du côté du larynx, autre que l'extinction de voix, et jouissant d'ailleurs d'une parfaite santé.

Il est bien rare que l'affection soit évidemment *intermittente*. On en trouve néanmoins quelques cas extrêmement curieux dans les auteurs. Celui qui a été rapporté par M. Rennes est surtout remarquable sous ce rapport.

On rencontre des exemples semblables dans les *Actes des curieux de la nature*. Toutefois il faut prendre garde de confondre avec l'aphonie le mutisme accidentel, dont on a plus souvent encore observé l'intermittence; c'est dans cette catégorie qu'il faut ranger le cas de Rosinus Lentilius (1), que tout le monde a cité comme une aphonie : le malade ne parlait que depuis midi jusqu'à une heure environ.

Enfin, sous le titre d'*aphonie périodique*, le docteur Richter de (Wisbaden) (2) a rapporté un cas d'extinction de voix revenant tous les jours à la même heure, et guérie par le sulfate de quinine. Mais cette aphonie n'était qu'un simple symptôme d'une attaque d'hystérie, et par conséquent nous aurons à y revenir à l'occasion de cette dernière maladie.

La *durée* de l'aphonie est indéterminée: elle peut être d'un très grand nombre d'années, ou disparaître très rapidement.

L'aphonie simple peut ne se *terminer* qu'avec la vie du malade. Rarement, lorsque la cause occasionnelle n'est pas une attaque d'hystérie, la médication la plus active est parvenue à rendre à la voix son timbre et sa force. Dans les cas les plus heureux, la voix reparaît tout à coup, soit sans cause connue, soit à la suite de quelques moyens dirigés ou non contre la maladie. Si quelques auteurs ont avancé que cette terminaison de l'aphonie est assez fréquente, c'est qu'ils ont eu en vue des cas de mutisme accidentel qui la présentent en effet souvent, surtout lorsqu'ils ont été produits par une émotion morale. Quand l'extinction de voix succède à une

(1) *Miscell. nat. cur.*, an IX, dec. II, p. 345.
(2) *London med. Gazette*, 1834, t. XIII, p. 576.

attaque d'hystérie, elle se dissipe d'elle-même et peu à peu. Nous en avons vu récemment plusieurs exemples.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Parmi les questions qui doivent le plus nous intéresser dans l'histoire de la maladie, il faut placer en première ligne le diagnostic. On sent, en effet, combien il est important de reconnaître l'aphonie simple au milieu de tant d'autres affections à lésions profondes qui peuvent produire l'extinction de la voix.

Nous chercherons d'abord à distinguer de l'aphonie simple les diverses *laryngites* qui ont été décrites plus haut. Dans quelques cas, on a vu cette affection commencer par des signes d'une légère irritation du larynx; mais ces phénomènes, d'une très courte durée, disparaissaient à mesure que l'aphonie faisait des progrès, tandis que le contraire a lieu dans les laryngites de toute espèce. Le plus souvent l'aphonie simple survient rapidement ou même tout à coup, sans aucun autre symptôme du côté du larynx, circonstance qui suffit pour fixer le diagnostic. Une fois déclarée, elle persiste sans aucun des signes de l'inflammation du larynx : point de douleur, point de dyspnée, point de toux, point d'expectoration. On voit donc que l'erreur est extrêmement facile à éviter.

Le diagnostic de l'aphonie et des divers mutismes symptomatiques n'a pu être recherché que par les auteurs qui, sous le nom d'*aphonie*, ont compris non-seulement l'extinction de voix, mais encore l'abolition de la parole. Quant à nous, qui avons distingué ces deux états, nous ne parlerons ici ni du *mutisme apoplectique*, ni de l'embarras de la parole que l'on observe chez les *paralytiques aliénés*, ou chez les sujets affectés du *delirium tremens;* ni de la perte de la voix que produit l'*empoisonnement par la jusquiame :* états trop différents de l'aphonie simple pour pouvoir donner lieu à la moindre hésitation. Pour la même raison, nous ne chercherons pas à établir un diagnostic entre l'aphonie et le *mutisme* survenant dans l'hystérie ou produit par la frayeur.

Reste maintenant à savoir *à quelle cause est due l'aphonie;* c'est là ce qu'il est difficile de découvrir. En lui donnant le nom d'*aphonie nerveuse*, on a, dans ces derniers temps, placé dans les nerfs le siége de la maladie. Cette opinion est loin d'être nouvelle; car nous avons vu que, dès la plus haute antiquité, les nerfs récurrents, qui portent la motilité aux muscles intrinsèques du larynx, avaient été regardés comme principalement malades, et que l'on s'était fondé pour cela sur les observations faites dans les cas où ces nerfs avaient été lésés. Ainsi Zacutus Lusitanus (1) cite, d'après Amatus Lusitanus, un cas dans lequel l'application du sublimé corrosif sur une tumeur strumeuse du cou atteignit l'un des nerfs récurrents et abolit immédiatement la voix. Paul d'Égine et Avicenne avaient déjà publié des observations semblables.

Si une tumeur existe auprès du nerf récurrent, c'est à elle qu'on sera porté à attribuer l'extinction de voix; mais quelquefois cette tumeur enveloppe le nerf récurrent dans la poitrine même, comme on en a montré dernièrement un exemple à la Société anatomique. Alors on peut tout au plus soupçonner la cause de l'aphonie.

(1) *De med. princip. histor.* (Lugduni), 1649 : De vocis læsione.

Dans les cas où il n'existe aucune tumeur, est-il certain que les nerfs récurrents soient affectés? Il est impossible de trancher une semblable question, quoiqu'on soit naturellement porté à penser qu'il se passe dans ces nerfs quelque chose de semblable à ce qui a lieu dans le nerf facial chez les sujets affectés de paralysie de la face.

Il est enfin fort intéressant pour le praticien de distinguer la *cause* morbide éloignée qui a pu donner lieu à l'aphonie. Ainsi la présence des *vers* dans l'intestin, une *maladie des organes génitaux*, attireront spécialement son attention.

Signes distinctifs de l'aphonie et des diverses espèces de laryngites.

APHONIE.	LARYNGITES.
Pas d'irritation du larynx, ou très peu au début.	*Irritation* plus ou moins vive du *larynx*; douleur, picotements, toux, dyspnée, etc.
Le plus souvent, *début* brusque ou subit.	*Début* graduel.
Action de parler non douloureuse, malgré les efforts du malade.	*Action de parler* souvent pénible, difficile et douloureuse.

Pronostic. — Le pronostic de l'aphonie simple est peu grave en général; mais cette affection constitue une infirmité dont les malades cherchent à se débarrasser à tout prix : on se demande donc si l'on peut reconnaître les cas où la guérison est possible.

On peut dire en général que l'aphonie simple est toujours plus ou moins rebelle; toutefois elle est bien plus facile à guérir lorsqu'elle se présente sous la forme intermittente, et qu'elle est due à une affection appréciable dont le siége est plus ou moins éloigné du larynx que dans des circonstances opposées.

§ VI. — Traitement.

Je viens de tracer l'histoire de l'aphonie aussi bien qu'a pu me le permettre le petit nombre de faits, généralement fort mal exposés, que l'on trouve dans la science. Je suis le premier à reconnaître combien cette description manque de précision, bien que je me sois servi de matériaux peu connus jusqu'ici; mais en signalant quelques faits ignorés, et surtout en distinguant avec soin l'aphonie des maladies avec lesquelles on l'a trop confondue jusqu'à ce jour, j'aurai, je le pense, jeté quelque lumière sur cette affection, qu'il importe à un si haut degré de reconnaître. Voyons maintenant quels sont les traitements qu'on lui a opposés avec le plus de succès.

1° *Antiphlogistiques.* — On a eu assez rarement recours aux moyens de cette nature, et on le conçoit facilement lorsqu'on songe à l'absence presque constante de tout symptôme inflammatoire. Cependant on cite quelques cas dans lequels la *saignée* a produit des effets presque merveilleux. C'est ce qui eut lieu chez la malade observée par Ollivier (d'Angers) (*loc. cit.*, p. 517).

Il s'agissait d'une aphonie revenant depuis de longues années à des intervalles variables, et durant plus ou moins longtemps. De nombreux moyens avaient été employés sans résultat; on eut recours à la saignée. A peine le sang avait-il commencé à couler que la voix reparut. Depuis lors on employa chaque fois le même moyen, et toujours avec le même succès.

Il est inutile d'ajouter des réflexions à ce fait, qui parle assez de lui-même.

L'efficacité de la saignée y est trop évidente pour qu'il soit nécessaire de la faire remarquer.

Juncker (1) cite un cas qui n'est pas moins remarquable; car, chez une jeune fille atteinte d'aphonie, sept fois la saignée fut pratiquée dans un court espace de temps, et sept fois la voix se rétablit pendant l'écoulement du sang, pour disparaître après la saignée. Voilà donc un moyen qu'on ne devra jamais manquer d'essayer.

Antispasmodiques. — Les antispasmodiques ont été bien plus souvent mis en usage, et parmi eux aucun ne l'a été plus fréquemment que le *succin*. Les anciens auteurs paraissent avoir attribué une très grande efficacité à ce médicament, car ils n'ont presque jamais négligé de l'administrer : c'est ce que l'on peut voir dans les différents faits cités dans les *Actes des curieux de la nature*. On donne ce médicament ainsi qu'il suit :

℞ Teinture éthérée de succin	1 gram.	Eau	250 gram.
Sucre	35 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerée, toutes les trois heures.

Fréd. Hoffmann (2) prescrivit, dans un cas d'aphonie complète, la potion suivante :

℞ Teinture alcoolique de castoréum	60 gouttes,	Ammoniaque liquide	3 décigr.
		Éther sulfurique alcoolisé	2 gram.

Mêlez. A prendre 30 gouttes toutes les quatre heures, dans :

Eau distillée de muguet .... une cuillerée.

Il est inutile de multiplier ces formules; car, malgré la confiance qui a été accordée aux médicaments de ce genre, on ne trouve guère de cas où, administrés seuls, ils aient eu un succès véritable.

Révulsifs. — Ce sont encore là des moyens auxquels on a eu très fréquemment recours; mais, à ce sujet, nous devons renvoyer à l'article *Laryngite simple;* car les mêmes révulsifs ont été employés dans les deux maladies, et de la même manière. Les *vésicatoires*, les frictions avec l'*huile de croton tiglium*, les *sinapismes*, en un mot tout ce qui peut déterminer une forte irritation sur le tégument externe, a été mis en usage dans l'aphonie nerveuse aussi bien que dans l'aphonie due à une lésion organique.

Le *séton à la nuque* fut ordonné par M. Rayer dans un cas qui se termina favorablement. C'est aussi à la nuque que le docteur Gunther (3) veut qu'on applique les vésicatoires; mais son but est tout spécial : il pense qu'en appliquant l'exutoire sur cette région, on agit sur le nerf glosso-pharyngien, atteint par la cause qui a déterminé la maladie. Il est inutile de faire remarquer combien cette théorie est erronée.

Vomitifs, purgatifs. — Il est impossible de trouver dans les auteurs aucun fait qui fasse connaître d'une manière positive le degré d'efficacité de ces médicaments. Medicus et le docteur Lilienhain (4) se bornent à dire, l'un qu'il obtint de très

(1) *Conspect. therap.*, p. 254. Halæ, 1750.
(2) *Opera omnia* (Genev., 1748 : *Aphon.*), t. III.
(3) *London medical Repository*, 1820, t. XIII, p. 524.
(4) *Hufeland's Journ.*, 1825, cahier supplém., p. 89.

bons effets de l'*émétique*, l'autre qu'il réussit, à l'aide d'émétiques administrés sur-le-champ, à rendre la parole à cinq jeunes filles frappées d'aphonie à la suite d'un accès de frayeur ou de colère. On sent combien il serait nécessaire de pouvoir examiner les observations. Si donc nous indiquons ces moyens, c'est parce qu'ils sont généralement employés, et qu'une dérivation sur le canal intestinal peut, dans les cas dont il s'agit, avoir son degré d'efficacité. L'espèce de vomitif ou de purgatif qu'il faut mettre en usage ne peut être déterminée par l'analyse des faits; plusieurs auteurs, et principalement les Anglais, emploient plus particulièrement le *calomel*, qui a une double action. Le docteur Watson (1) prescrivait ce médicament, uni au jalap, de la manière suivante :

℞ Poudre de jalap....... 1,25 gram. | Calomel................ 0,30 gram.

A prendre en une fois.

Dans un cas observé par le docteur Graves, et dont M. Blache (2) a donné le résumé, le calomel fut employé seul jusqu'à production de la salivation, et l'amélioration ne fut sensible que lorsque l'action du médicament sur la bouche se fut manifestée.

Dans les cas cités par M. Webster, et rapportés dans la *Gazette médicale*, les purgatifs, unis au vésicatoire, eurent, suivant cet auteur, un très heureux effet. M. Watson a mis en usage les *lavements de savon*, dont il est difficile d'apprécier l'utilité.

Quelques autres remèdes internes ont été conseillés : ainsi Zacutus Lusitanus (3) prescrivit le médicament suivant :

℞ Thériaque............. 6 gram. | Eau de chardon-bénit...... 120 gram.

A prendre par cuillerées.

Suivant cet auteur, une sueur abondante, déterminée par ce remède, fit cesser la maladie, qui durait depuis plusieurs années, et qui avait résisté à beaucoup d'autres moyens. Juncker (*loc. cit.*), dans un cas à peu près semblable, administra une décoction de *véronique*, et, dit-il, avec succès. Il est évident qu'on ne peut tirer aucune conclusion rigoureuse de ces faits, qu'il importait néanmoins de connaître, afin de savoir à quels moyens on peut avoir recours dans les cas difficiles.

Médication topique. — On a imaginé aussi d'agir directement sur le larynx, comme étant l'organe uniquement affecté. Le docteur Bennati (4) employait ordinairement l'alun sous forme de gargarisme, et aux doses suivantes :

℞ Sulfate d'alumine........ 4 gram. | Sirop diacode................ 16 gram.
Décoction d'orge bien filtrée. 300 gram. |

Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

Cette formule, dans l'ouvrage de l'auteur, porte le titre de n° 1. A chaque numéro suivant Bennati ajoutait 4 grammes d'alun, et il a été jusqu'à prescrire le garga-

(1) *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1815, t. XI, p. 303.
(2) *Dictionnaire de médecine*, art. APHONIE.
(3) *Prax. med. adm.*, obs. CVI.
(4) *Études phys. et path. sur les organes de la voix*. Paris, 1838.

risme n° 18, c'est-à-dire 72 grammes d'alun pour 320 grammes d'excipient, ce qui est une solution extrêmement concentrée. Mais il faut dire que, dans le plus grand nombre des cas, suivant Bennati, les n°ˢ 3, 4 et 5 ont été suffisants. D'après un certain nombre de faits qu'il a rapportés, cet auteur pense que le caustique, agissant sur les parties constituantes du pharynx et sur le voile du palais, procure la guérison en rendant leur tonicité à ces parties relâchées par une légère irritation chronique : seule cause de la diminution plus ou moins grande de la voix. Mais je ferai remarquer qu'il ne ressort pas parfaitement de ces observations que le larynx ne fût pas atteint lui-même d'une légère inflammation chronique. D'un autre côté, plusieurs de ces malades avaient d'autres affections qui pouvaient déterminer l'affaiblissement de la voix, et l'on conçoit très bien que, dans ces cas, l'aphonie pouvait disparaître avec ces affections, dont le siége était plus ou moins éloigné du larynx, sans que l'on soit en droit d'attribuer la guérison à l'action du topique. En un mot, le diagnostic ne paraît malheureusement pas assez bien établi.

M. Trousseau (1) a cité quelques cas dans lesquels la *cautérisation* avec le *nitrate d'argent* a fait disparaître des aphonies qui duraient depuis longtemps. Mais, encore ici, est-il permis de dire qu'il n'y avait aucun symptôme de laryngite ? En parcourant les deux premières observations, les seules dans lesquelles on puisse admettre qu'il n'existait aucune lésion profonde du larynx, on voit que néanmoins il y avait eu du côté de la gorge, au début de l'irritation, une gêne marquée et une sensation pénible qui provoquait la toux. En sorte qu'on pourrait, à la rigueur, regarder la maladie comme un laryngite très légère passée à l'état chronique. Quoi qu'il en soit, M. Trousseau ne pratique pas autrement la cautérisation dans le cas d'aphonie que dans ceux de laryngite chronique : nous nous bornons donc à renvoyer le lecteur au traitement de cette dernière maladie (voy. p. 131).

On peut rapprocher de cette médication celle qui a été employée par M. Gerner (2), et qui consiste dans l'*inspiration de vapeurs ammoniacales*, dégagées du mélange des solutions d'hydrochlorate d'ammoniaque et de carbonate de potasse. Mais nous ne saurions conseiller cette médication appuyée sur un seul fait, à cause du danger qu'elle présente. Il est, en effet, difficile de limiter l'action de ces vapeurs ammoniacales, qui peuvent porter sur les poumons une irritation funeste.

Enfin le docteur Lilienhain (3) eut l'idée, dans deux cas où les émétiques n'avaient pas réussi, de déterminer une irritation sur la langue par l'emploi topique du *piment des jardins* (*capsicum annuum*), et, selon lui, les résultats furent très heureux. Pour mettre en usage cette médication, on emploiera, si l'on peut se procurer le piment frais, une pâte formée de ce fruit écrasé, qu'on appliquera sur la langue, en en surveillant l'action pour que l'irritation ne soit pas trop forte ; ou bien on se servira du mélange suivant :

℞ Teinture de poivre de Guinée (*capsicum annuum*) ...... 7 gram.
Infusion de cochléaria .... 80 gram.

Trempez dans ce liquide des compresses que vous appliquerez sur la langue, jusqu'à ce qu'une irritation convenable ait été produite.

(1) *De la cautérisation du larynx dans certains cas d'aphonie chronique* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, février 1835).

(2) *British med. Review*, 1839, t. VIII, p. 252.

(3) *Hufeland's Journ. der practischen Heilkunde*, 1829, cahier suppl., p. 89.

Nous ne ferons aucune réflexion sur cette médication ; c'est au praticien à voir si elle a réellement l'efficacité que lui attribue l'auteur.

On a cité (1) un cas d'aphonie durant depuis douze ans chez une demoiselle, et qu'on a guérie en faisant fumer des *cigarettes de benjoin* ainsi préparées :

« On prend une feuille de papier brouillard blanc et épais, que l'on imprègne avec une solution saturée de nitrate de potasse ; puis cette feuille est mise à sécher, et, une fois sèche, on étend dessus une couche de teinture composée de benjoin. Enfin, le papier est taillé en petits morceaux de 8 centimètres de long sur 3 ou 4 de large, que l'on roule comme des cigarettes ordinaires. Le papier, en brûlant, répand des vapeurs blanches, épaisses, qu'il faut aspirer, autant que possible. »

Électricité, galvanisme. — Le galvanisme et l'électricité, dit le docteur Ryland (2), comptent de fréquents succès et d'aussi fréquents insuccès. Nous n'avons point trouvé dans la science d'observations propres à fixer notre opinion ; et, sauf un fait de M. Serres, nous ne connaissons, sur ce point, que quelques assertions des différents auteurs. Toutefois on conçoit que ces moyens puissent être tentés, dans un cas où les précédents auraient complétement échoué ; car si leur efficacité n'est pas mise hors de doute, ils n'offrent du moins aucun danger. L'électro-puncture nous paraît être le moyen qu'on devra choisir de préférence ; on le mettra en usage de la manière suivante :

ÉLECTRO-PUNCTURE.

Implantez deux aiguilles de platine, l'une à la réunion de l'occipital et de la colonne vertébrale, un peu en dehors de celle-ci, et l'autre au-dessous du larynx ou à la partie inférieure du cou, à deux ou trois travers de doigt en dehors de la ligne médiane. Puis, à l'aide de la pile de Volta ou de la machine électro-magnétique de Clark, établissez un courant par secousses rapides, ce que l'on obtient en maintenant le pôle positif sur l'aiguille implantée au-dessous de l'occipital, et en appliquant par moments le pôle négatif sur l'autre. C'est au médecin à mesurer, d'après l'effet produit, le nombre de secousses nécessaires. Cette petite opération peut avoir lieu tous les jours jusqu'à complète guérison, à moins qu'elle ne fatigue trop le malade, auquel cas on éloignera plus ou moins les séances.

Traitement de l'aphonie intermittente. — Parmi les cas d'aphonie intermittente que nous avons pu rassembler, il en est peu qui aient cédé à l'action du quinquina ou du sulfate de quinine. Chez la malade traitée par le docteur Rennes (*loc. cit.*), ce médicament, administré à la dose de 45 centigrammes chaque matin, pendant cinq jours, ne produisit aucun effet. Néanmoins le docteur Richter (*loc. cit.*) vit cesser sous l'influence de cette substance, donnée à haute dose, une aphonie symptomatique d'une hystérie dont les accès revenaient tous les jours à la même heure. Dans un cas observé par M. Mélier (3), le sulfate de quinine, qui avait réussi d'abord, finit par être inutile.

On ne devra donc pas, malgré les insuccès, négliger le sulfate de quinine dès qu'on aura lieu de supposer que l'affection est périodique.

(1) *The provincial Journal*, et *Journ. des connaissances méd.-chir.*, janvier 1850.
(2) *Edinburgh med. and surg. Journal*, t. XLIX, p. 579.
(3) *Revue méd.*, février 1842, p. 276.

Indications particulières. — On a vu, à l'article *Causes*, que souvent l'aphonie pouvait être attribuée à des causes spéciales très variables, et qu'en remplissant les indications qui en découlaient, on avait quelquefois réussi à rendre à la voix son intégrité. Le médecin recherchera donc, avec le plus grand soin, toutes les circonstances qui ont environné l'apparition de la maladie, afin de pouvoir mettre en œuvre les moyens qui lui paraîtront le plus appropriés. On sent qu'il serait impossible, à cause même de la variété de ces circonstances, de tracer d'une manière générale le traitement de ces cas particuliers. Nous allons donc nous borner à indiquer les faits principaux qui se sont présentés à l'observation des auteurs, afin que le praticien puisse y trouver des exemples qui lui serviront, avec quelques modifications, dans les nouveaux cas qui s'offriront à lui.

La *frayeur*, ou toute autre *émotion vive*, a parfois produit l'aphonie. Dans ce cas, on a vu une émotion de la même nature ou autre rendre subitement la voix, que n'avait pu rétablir un traitement prolongé. Ainsi M. Blache (*loc. cit.*) a vu, chez une dame à laquelle il donnait ses soins avec Chomel, l'aphonie, due à un excès de joie succédant immédiatement à une vive inquiétude, disparaître tout à coup après une violente émotion, et deux fois des causes analogues ramener et suspendre cette affection. L'observation de M. Mêlier, citée plus haut, est un autre exemple de l'influence des émotions vives. Des faits semblables sont rapportés dans les *Actes des curieux de la nature*. En pareil cas, le médecin devrait-il imiter ces effets du hasard, et chercher dans des émotions fortes un remède que la matière médicale ne lui aurait pas donné? Nous pensons qu'il faut être extrêmement prudent dans l'emploi de semblables moyens, qui pourraient fort bien manquer leur but, tout en produisant de fâcheux accidents. Tout ce que le médecin peut se permettre, c'est d'imiter la conduite de Guersant dans le cas suivant. M. Blache rapporte (*loc. cit.*, p. 435) que chez une jeune fille devenue aphone dans la longue convalescence d'une fièvre grave, la crainte d'un large vésicatoire que Guersant proposait d'appliquer sur le cou fit disparaître rapidement le phénomène morbide. C'est là évidemment une donnée que l'on ne doit point négliger, car en proposant les moyens qui paraîtront devoir causer au sujet le plus d'appréhension, on pourra espérer d'obtenir un semblable résultat. Toutefois, dans le cas où le moyen proposé ne pourrait point être appliqué, le médecin devrait toujours faire en sorte de se réserver un motif pour revenir sur sa détermination, afin de ne pas perdre son influence sur l'esprit du malade. Il est inutile d'indiquer les différents traitements qui peuvent être proposés, car ils doivent varier suivant les sujets et les circonstances. Bornons-nous à dire, d'une manière générale, que les moyens douloureux, comme les caustiques, le cautère actuel, etc., offriront les principales ressources dans cette espèce de traitement moral.

Dans les cas où l'on pourrait supposer que la perte de la voix est due à l'influence d'une *affection des organes génitaux*, le traitement de cette affection devrait être suivi avec le plus grand soin. Zacutus Lusitanus (*loc. cit.*) employa, dit-il, avec succès, deux cautères, appliqués aux aines, pour remédier à la suppression d'une blennorrhagie à laquelle on attribuait l'aphonie. Tanchou (1) vit une aphonie paraître avec une inflammation uréthro-vésicale et disparaître avec elle; et M. Piorry (2)

(1) *Considérations sur l'influence récipr. des organes génitaux sur la voix.*
(2) *Dictionnaire des sciences méd.*, art. Voix.

rapporte l'histoire d'une jeune dame qui recouvra, immédiatement après l'application d'un pessaire, l'intégrité de sa voix en partie perdue. Sans accorder à ces faits isolés une très grande valeur, il est bon de les faire connaître, pour augmenter les ressources du praticien.

Enfin, les cas dans lesquels la maladie a paru liée à l'*existence des vers* dans le tube intestinal nous fournissent des exemples de guérison après l'expulsion de ces entozoaires. Si donc cette cause paraissait exister, il faudrait se hâter de recourir aux moyens qui seront exposés avec détail à l'article consacré aux *vers intestinaux*.

TRAITEMENT DE L'APHONIE DUE A LA COLIQUE DE PLOMB.

C'est ici une indication que l'on peut regarder comme spéciale; aussi convient-il d'en dire quelques mots à part. Lorsque l'aphonie survient dans le cours de la colique de plomb, il est rare que la paralysie porte uniquement sur les muscles du larynx, et que l'on n'en observe pas les signes dans d'autres parties du corps. D'après cette considération, et si l'on se rappelle que le principe de la maladie est dû à une cause générale, c'est surtout à des moyens agissant de la même manière qu'on aura recours. Les deux principaux sont sans contredit la *strychnine* et les *bains sulfureux*. Tanquerel des Planches (1) cite deux observations dans lesquelles ces moyens, employés avec persévérance, ont fait disparaître complétement l'aphonie. Nous indiquerons, dans une ordonnance, la manière de diriger le traitement.

Résumé, ordonnances. — Les détails dans lesquels nous sommes entrés me dispensent de faire de longues réflexions sur le traitement de l'aphonie : je ferai seulement remarquer que les moyens thérapeutiques devront être employés avec persévérance, et qu'il ne faudra les remplacer par d'autres que lorsqu'on se sera bien assuré de leur insuccès.

Ire Ordonnance.

TRAITEMENT DE L'APHONIE SIMPLE.

1° Pour boisson, une tisane légèrement excitante.

2° Une saignée de 3 à 400 grammes, qu'on pourra renouveler à des époques plus ou moins éloignées, dans le cas où elle produirait quelque effet.

3° Un large vésicatoire ou un séton à la partie antérieure du cou.

4° Un purgatif composé de jalap et de calomel, selon la formule du docteur Watson (voy. p. 522).

5° Cautérisation avec le nitrate d'argent, suivant le procédé de M. Trousseau (voy. p. 378).

Ces divers moyens ne devront être employés qu'à quelques jours d'intervalle, à moins qu'on ne veuille agir avec beaucoup de vigueur dans le traitement d'une aphonie récente.

(1) *Traité des maladies de plomb*. Paris, 1839, t. II, p. 107 et suiv.



IIe Ordonnance.

DANS LES MÊMES CIRCONSTANCES.

1° Infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de fleur d'oranger.

2° ℞ Tartre stibié...... 0,05 à 0,10 gram.	Eau de laitue............. 120 gram.
Sirop d'ipécacuanha 30 gram.	

Mêlez. A prendre par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à production de vomissements répétés.

2° Frictions sur le cou, avec l'huile de croton tiglium (voy. *Laryngite simple*, page 371).

Ou bien : sinapismes promenés sur le cou et la partie supérieure de la poitrine.

3° Mettre en usage l'électro-puncture, suivant les préceptes exposés plus haut (voy. p. 524).

IIIe Ordonnance.

TRAITEMENT DE L'APHONIE AYANT POUR CAUSE ÉVIDENTE UNE ÉMOTION MORALE.

1° Employer les médicaments précédents.

2° Administrer la potion antispasmodique d'Hoffmann (voy. p. 521).

3° Tâcher de ramener les règles, si elles sont supprimées. Dans le cas où l'on n'y parviendrait pas, suppléer à l'écoulement menstruel à l'aide d'applications plus ou moins répétées de sangsues.

4° Agir sur le moral, en proposant l'emploi de remèdes effrayants.

On sent que tous ces moyens, ainsi que ceux qui ont été mentionnés dans le cours de ce paragraphe, peuvent être groupés de beaucoup d'autres manières ; mais c'est là un soin qu'il faut laisser au médecin.

IVe Ordonnance.

APHONIE SURVENUE A LA SUITE D'UNE COLIQUE DE PLOMB.

1° Faire usage de l'électricité et du galvanisme, qui ont procuré assez fréquemment la guérison de diverses paralysies saturnines.

2° Tous les jours, un bain sulfureux dans lequel le malade restera une heure.

3° S'il restait encore quelques traces de la colique saturnine, insister sur les purgatifs, et principalement sur l'huile de croton tiglium, médicament très efficace dans cette maladie, comme on le verra quand j'en tracerai l'histoire.

4° Dans les cas où cette ordonnance paraîtrait insuffisante, ou même tout d'abord, on pourrait remplacer l'électricité et le galvanisme par la strychnine administrée ainsi qu'il suit :

℞ Strychnine pure...... 5 centigr.	Conserves de rose rouge.... 1 gram.

Faites dix pilules. A prendre une soir et matin, pendant les quatre ou cinq premiers jours ; puis augmenter la dose, si l'effet du médicament n'est pas très marqué sur la myotilité, jusqu'à ce que le malade prenne cinq ou six pilules, dose qu'il n'est pas prudent de dépasser, à moins de circonstances particulières.

Je n'ai parlé, dans les ordonnances, ni de la saignée, ni du traitement de l'aphonie intermittente, les détails que j'ai donnés plus haut étant suffisants.

Tel est le traitement de l'aphonie ; mais il ne faut pas se dissimuler que, dans des cas proportionnellement assez fréquents, tous ces moyens restent sans effet, et la maladie dure toute la vie avec les signes d'une bonne santé générale.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Antiphlogistiques ; antispasmodiques ; révulsifs ; vomitifs et purgatifs ; caustiques et cathérétiques ; quinquina ; électricité ; galvanisme ; strychnine ; moyens variés, suivant les diverses circonstances.

ARTICLE IX.

SPASME DE LA GLOTTE.

§ I. — Considérations générales.

[Nous avons déjà donné quelques détails assez étendus sur le spasme de la glotte, que nous considérons comme une variété de l'*éclampsie des enfants* (1) ; mais nous lui consacrons un article particulier, tant pour en donner une description complète que pour discuter la question de savoir si l'on ne doit pas rapporter à cette maladie, aujourd'hui bien connue, l'affection décrite sous les noms d'*asthme thymique* et d'*asthme de Kopp*.

L'existence du *spasme de la glotte* est incontestable, et il se caractérise par des accès de suffocation survenant rapidement, sans fièvre, et se terminant spontanément et en fort peu d'instants. Or, ces symptômes sont identiques avec ceux de l'*asthme thymique ;* mais tandis que dans ce dernier on a trouvé une hypertrophie du thymus, on n'a trouvé rien de semblable dans le premier.

Dans l'asthme thymique, la suffocation s'expliquerait par la compression de la trachée ou des vaisseaux, ou seulement par une action du thymus sur les nerfs laryngiens ; dans ce dernier cas, ce ne serait qu'une névrose, de l'aveu même de ceux qui le rattachent à une lésion matérielle du thymus. En France, où l'on a observé un grand nombre de cas de spasme de la glotte et où l'on a pratiqué de nombreuses autopsies, on n'a jamais trouvé la moindre lésion anatomique, même dans le thymus, pour expliquer le mal ; et cependant, comme nous l'avons dit, les symptômes ressemblent exactement à ceux de l'asthme thymique. Faut-il inférer de là que ces deux dénominations s'appliquent à deux maladies distinctes ? Ne conviendrait-il pas plutôt de n'y voir qu'une seule et même affection et de considérer comme sans importance l'hypertrophie du thymus ? En effet, cette hypertrophie pourrait être regardée comme une simple coïncidence ou, tout au plus, comme une cause tout à fait secondaire du spasme du larynx. Au reste, on pourrait tirer de nombreux arguments de la considération des causes, des symptômes, de la marche de la maladie et même de l'influence des agents thérapeutiques. Dans l'article suivant, que nous conservons à titre d'appendice, on pourra continuer cette comparaison que nous n'avons fait qu'ébaucher.

(1) Voyez article *Éclampsie*, t. I, p. 827.



§ II. — Définition, synonymie, fréquence.

Le spasme de la glotte doit être considéré comme une forme d'éclampsie (1) à marche intermittente, caractérisée par des accès de suffocation pouvant aller jusqu'à suspendre complétement l'entrée de l'air dans les voies respiratoires.

Les motifs suivants ont été invoqués pour justifier le siége précis que l'on assigne à la maladie : 1° Les malades portent la main au cou et font des efforts de déglutition. 2° Dans les cas de moyenne intensité, la respiration devient bruyante ou sifflante, tandis que dans les cas graves elle est complétement suspendue. 3° Il n'existe aucun point des voies respiratoires, autre que l'ouverture glottique, qui puisse se resserrer assez fortement pour suspendre ainsi la respiration. 4° La maladie est plus commune chez l'enfant que chez l'adulte, et l'on sait que chez le premier le spasme du larynx se manifeste fréquemment et dans plusieurs maladies. 5° Enfin, les accidents sont absolument semblables, moins la durée, à ceux qui résultent du séjour d'un corps étranger dans le larynx.

Jusqu'à plus ample informé, nous considérons comme synonymes de spasme de la glotte, les noms d'*asthme de Kopp* et d'*asthme thymique*. Nous croyons que c'est à la même affection qu'il faut rapporter les cas désignés par Félix Plater sous le nom de *suffocatio a struma interna abscondita circa jugulum*, et par Pierre Frank sous celui d'*asthma ab obesitate thymi*.

Cette maladie est assez *fréquente* pour que tous les praticiens, et surtout ceux qui observent dans les hôpitaux d'enfants, en aient recueilli plusieurs cas; mais, comme nous l'avons dit, on n'a pas encore observé, en France, de cas où le mal serait lié à une hypertrophie du thymus.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Selon la plupart des auteurs, la maladie serait propre à l'enfance; mais on doit remarquer que les principaux travaux sur ce sujet appartiennent à des médecins exclusivement adonnés à l'observation des maladies des enfants.

En parcourant les observations éparses dans les recueils, on ne tarde pas à trouver quelques cas de spasme de la glotte chez les *jeunes gens*, les *adultes* et les *vieillards* (2); néanmoins on doit reconnaître qu'elle est relativement beaucoup plus fréquente chez les *enfants*, et particulièrement dans les *premiers mois de la vie*. On ne sait rien sur l'influence du *sexe*.

On a dit qu'elle attaque de préférence les enfants *scrofuleux* et *rachitiques*.

C'est en *hiver* qu'on l'observe le plus souvent; et ce fait semble confirmé par la grande fréquence de l'*asthme thymique* en Angleterre et en Allemagne. Enfin, dans plusieurs cas, les enfants présentaient comme antécédent une *bronchite* ou un *coryza*.

2° Causes occasionnelles.

Si l'on ne considère que les cas où le spasme de la glotte est absolument simple, on ne peut lui assigner aucune cause évidente. D'après les observations des

(1) Trousseau, *Traité de la phthisie laryngée*. — Hérard, Thèse. Paris, 1847.
(2) Bacquias, *Thèse*. Paris, 1853.

[...]urs, on ne doit regarder que comme causes prochaines la *colère*, la *frayeur*. Il est assez bien établi que la *déglutition* provoque non pas la maladie, mais le *retour des accès*.

Mais si l'on fait rentrer le spasme de la glotte dans l'éclampsie, et si on ne le considère que comme une forme ou un élément de celle-ci, il est évident qu'on doit lui reconnaître les mêmes causes qu'à cette grave maladie. Nous renvoyons donc à l'énumération des causes de l'éclampsie. Cette opinion est celle des médecins français, et M. Hérard l'a exprimée en disant que la cause du spasme de la glotte est *dans le cerveau*.

§ III. — Symptômes.

Nous empruntons à la thèse de M. Bacquias (1) une bonne description des accidents de la maladie :

« Subitement l'individu est arrêté dans son travail, dans ses jeux, par une gêne extrême de la respiration ; une sensation d'étouffement, de strangulation le saisit ; une inspiration bruyante se fait entendre à distance, puis tout bruit cesse, il semble que la glotte vient d'être brusquement close ; la dyspnée est effrayante, et la suffocation avec toutes ses anxiétés et ses angoisses menace la vie. Dans ces moments, le malheureux rejette la tête en arrière pour allonger la trachée et offrir un plus libre passage à l'air ; son cou se gonfle, les lèvres deviennent violettes, les yeux fixes dans leurs orbites ; la face s'altère ; les battements du cœur deviennent tumultueux, irréguliers ; le pouls petit, accéléré, devient souvent à peine sensible ; la peau se couvre d'une sueur froide.

» Le malade fait instinctivement des mouvements de déglutition. Si, pendant l'attaque, on approche l'oreille de la poitrine, on ne perçoit que le retentissement du sifflement inspiratoire ; pas de murmure vésiculaire.

» Habituellement l'accès dure quinze à vingt secondes ; il se termine par une forte inspiration, puis tout rentre dans l'ordre, provisoirement du moins, car il est rare que d'autres accès ne suivent pas.

» Si, après quinze à vingt secondes, une minute au plus, une inspiration complète ne permet pas enfin à l'air de pénétrer librement dans la poitrine, toute la face se gonfle, bleuit ; au bruit inspiratoire aigu succède le silence, le silence de la mort. Alors souvent, au rapport des auteurs, on observerait des convulsions générales et le relâchement des sphincters.

» Dans l'intervalle des accès, on ne croirait pas que le moindre désordre ait troublé les fonctions, tant la respiration est libre, la circulation calme et l'esprit tranquille ; pas de toux, pas d'enrouement, pas de dyspnée, pas la moindre douleur au larynx. L'enfant, c'est chez lui qu'on observe le plus souvent cette maladie, reprend ses jeux et oublie vite la scène affreuse qui vient de se passer.

» Un trait caractéristique de cette affection sur lequel je ne saurais trop insister, c'est l'absence complète de prodromes et la disparition immédiate de tout phénomène morbide.

» Pendant l'accès, Kopp (*asthma thymicum*) indique comme signe pathognomonique la propulsion de la langue hors des arcades dentaires. M. H. Roger, médecin

(1) Thèse, *loc. cit.*

à l'hôpital des Enfants, a observé le même symptôme, et même une tuméfaction notable de la langue fut la seule lésion anatomique qu'il put constater à l'autopsie d'un enfant mort d'un spasme de la glotte.

» La durée des accès n'est que d'une à deux minutes au plus. On rapporte, il est vrai, des cas de spasmes qui auraient duré quinze minutes ; mais il est évident qu'alors l'occlusion de la glotte n'était pas complète, ou bien qu'il y avait eu plusieurs accès séparés par des intervalles très courts. En effet, il est rare d'observer un abcès isolé; habituellement il en survient de nouveaux avec des intermittences plus ou moins longues, et qui n'ont rien de fixe ; quelquefois un seul accès a tué le malade.

» Un symptôme que je n'ai trouvé signalé nulle part, et sur lequel insiste M. Beau (1), c'est les mouvements de déglutition que les malheureux suffoqués font instinctivement. »

Nous devons dire encore qu'à ces symptômes s'ajoute souvent du spasme du diaphragme, et que, dans ce cas, les phénomènes d'asphyxie sont à peine prononcés (Bérard).

Enfin, tous ces graves accidents ne s'accompagnent pas de fièvre.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons dit que la maladie est intermittente ; quelquefois même le retour des accès affecte une certaine périodicité. En général, la maladie a plusieurs accès, et néanmoins sa durée est fort courte et dépasse à peine deux ou trois jours.

La terminaison par la mort est d'autant plus à craindre, que la soudaineté de l'apparition des accidents met obstacle à l'emploi de tout traitement.

§ V. — Anatomie pathologique.

Tous les auteurs modernes s'accordent à considérer la maladie comme une névrose, c'est-à-dire comme une affection sans lésion matérielle appréciable, et c'est ce qu'on peut vérifier par la lecture des relations déjà assez nombreuses d'autopsies que l'on trouve dans divers recueils. Nous avons déjà dit qu'en France on n'avait pas encore rencontré l'hypertrophie du thymus. Mais quand même on l'observerait, il ne faudrait lui accorder qu'une valeur secondaire ; car, ainsi que nous le dirons dans l'article suivant, un auteur anglais a pris le soin de réduire à sa juste valeur le rôle de cette hypertrophie, en disant qu'elle était souvent *consécutive* aux accès de spasme de la glotte.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* offre quelques difficultés en raison de la marche des accidents, de leur cause supposée, de leur persistance. Ainsi un enfant est pris en mangeant de suspension de la respiration (et nous avons dit que la déglutition produit et ramène souvent les accès), on pourra supposer l'introduction d'un *corps étranger* dans le larynx. Si les accès sont rapprochés et presque continus, et qu'il y ait eu

(1) *Traité expérimental et clinique d'auscultation*. Paris, 1856, p. 83.

antérieurement une affection des voies aériennes ou une fièvre éruptive, on pourra soupçonner un *œdème aigu de la glotte*, etc.

Et comment ne pas commettre de semblables erreurs, lorsqu'il est démontré que le *spasme laryngien* entre comme élément dans la symptomatologie d'une foule de maladies! Dans les cas de corps étrangers, d'œdème de la glotte, de phthisie laryngée, de croup, d'angine striduleuse, on ne peut expliquer les accès intermittents de suffocation que par un spasme du larynx, qui affecte toutes les allures du spasme essentiel que nous venons de décrire.

Il est donc naturel, il est même indispensable, lorsqu'on est en présence d'un cas particulier, de se demander d'abord si l'on n'a pas affaire à un spasme symptomatique. Nous renvoyons pour le diagnostic aux maladies que nous venons d'énumérer.

Le *pronostic* est d'une grande gravité, car la plupart des médecins ont eu la douleur de voir leurs petits malades emportés en quelques instants ou en quelques heures, sans que l'art ait pu intervenir. Cependant on n'a pas encore fait de relevés, et il serait important que ce sujet fût étudié.

§ VII. — Traitement.

Nous avons déjà dit qu'il était presque impossible de songer au traitement, puisque les accès surviennent inopinément et n'ont qu'une durée très courte. Néanmoins on a proposé les moyens suivants :

Dans l'intervalle des accès, un ou plusieurs *vomitifs*, des *révulsifs*, des *purgatifs*, des *antispasmodiques*, des *stupéfiants*.

Au moment de l'accès, l'*ingestion d'huile*, les *révulsifs*, et particulièrement le *marteau de Mayor*. D'après M. Bacquias, MM. Beau et Blache voudraient qu'on employât la *trachéotomie* si les accès se prolongeaient au point de faire craindre l'asphyxie.

Mais le remède qui paraît avoir le mieux réussi est le *chloroforme*. M. le docteur Marrotte, médecin de l'hôpital de la Pitié (1), a publié une observation où l'usage de ce moyen a calmé à plusieurs reprises de graves accès de spasme de la glotte et les a enfin guéris (2).]

ARTICLE X.

ASTHME THYMIQUE.

[La description que nous venons de faire du spasme de la glotte devrait, à la rigueur, nous dispenser de faire celle de l'asthme thymique, car il nous paraît évident que ces deux dénominations ne s'appliquent qu'à une seule et même maladie; cependant nous tenons à reproduire, d'après les auteurs, l'histoire de l'asthme thymique, afin de mettre le lecteur en état de juger des nombreux points de ressemblance qu'il présente avec le spasme de la glotte.]

§ I. — Considérations générales.

Cette maladie, qui a été principalement étudiée par les médecins allemands, a

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1858.

(2) On consultera avec intérêt un travail sur le spasme de la glotte, publié par M. le docteur *Salathé* dans les *Actes de la Société de médecine des hôpitaux*, 4e fascicule (Paris, 1850).

fait naître en France de nombreuses discussions. On s'est demandé si véritablement il existait une affection suffocante qui eût pour cause le développement anormal du thymus, ou si, dans les cas où, à l'autopsie des jeunes enfants enlevés dans un accès de suffocation, on a trouvé le thymus hypertrophié, il n'y avait pas une simple coïncidence entre le symptôme et la lésion à laquelle on le rapportait. C'est une question que nous traiterons lorsque nous arriverons au diagnostic de cette maladie; nous nous contenterons de dire ici que, dans les recueils de médecine, on trouve un nombre assez considérable d'observations dans lesquelles des symptômes qui ont quelque chose de particulier ont coïncidé avec un développement anormal du thymus, bien constaté après la mort, et qu'il est fort difficile, avec les renseignements fournis par les auteurs, de rapporter l'affection à une des maladies suffocantes bien connues du pathologiste. Il est sans doute fort extraordinaire qu'en France, où l'observation et l'anatomie pathologique sont exploitées avec tant d'ardeur, on n'ait pas trouvé un certain nombre de cas de ce genre; mais, puisqu'il existe des faits que nous ne pouvons expliquer, dans l'état actuel de la science, qu'en admettant provisoirement l'existence de l'asthme thymique, il faut admettre aussi que des faits semblables pourraient se présenter au praticien, et dès lors il importe de les lui faire connaître. Cependant, comme on ne peut s'empêcher, vu l'insuffisance des observations, de douter de l'existence même de la maladie, et surtout comme cette affection ne se présente que fort rarement, nous en tracerons très rapidement l'histoire. Ce qui nous détermine encore à agir ainsi, c'est que, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, les traitements les plus variés ont été infructueux.

§ II. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après les observations que nous possédons, l'asthme thymique est caractérisé par de violents accès de suffocation et par l'hypertrophie du thymus, qui comprime les organes de la respiration et de la circulation suivant les uns; qui, d'après quelques autres, n'a d'action que sur les nerfs, et qui enfin, selon plusieurs auteurs, n'est qu'une lésion d'une importance secondaire.

Félix Plater (1) avait déjà indiqué cette affection sous le nom de *suffocatio a struma interna abscondita circa jugulum*. Pierre Frank (2) en a fait, sous le nom d'*asthma ab obesitate thymi*, une courte description qui a été citée partout. C'est donc avec raison que M. Haugsted (3) a reproché au docteur Kopp (de Copenhague), d'avoir regardé l'asthme thymique comme une affection nouvelle.

Si l'on en croit M. Kopp (4), cette affection est *fréquente*. On sent qu'il est impossible de se prononcer sur ce point, car notre opinion est naturellement subordonnée à la plus ou moins grande exactitude du diagnostic établi par les auteurs. Toujours est-il qu'en France on n'en a pas cité d'exemples bien authentiques, ce qui prouve qu'elle y est au moins d'une excessive rareté.

(1) *Observ.* Basil., 1641, lib. I, p. 184.
(2) *Traité de médecine pratique* Paris, 1842, t. II, p. 213.
(3) *Thym. in homin* , etc. Copenhague, 1832. (Voy. *Arch. gén. de méd.*, 1833, t. XXX, p. 102.)
(4) *Denkwürdigkeiten in der artzlichen Praxis*. Francfort-sur-le-Mein, 1830.

§ III. — Causes.

On ne sait rien de précis sur les causes de l'hypertrophie du thymus. Caspari, Pagenstecher, cités par M. Haugsted, regardent les développements du thymus comme dus aux accès de suffocation, et dès lors cette hypertrophie serait une conséquence et non la cause de cette maladie.

Tout ce qu'il est permis de dire relativement aux causes, c'est que l'affection est particulière aux enfants très jeunes; qu'on l'a trouvée très rarement après l'âge de quatre ans; que son maximum de fréquence a lieu dans les premiers mois de l'existence.

Le docteur Schallgruber (1) avance que l'asthme thymique est plus fréquent chez les individus du sexe féminin que chez ceux du sexe masculin; mais cette opinion n'est pas fondée sur les faits, et dans le mémoire de M. Kopp (2) les observations ont au contraire été toutes prises chez des garçons. Suivant M. Haugsted, l'affection serait de nature scrofuleuse; mais on verra, dans la description des lésions anatomiques, que la glande hypertrophiée ne présente ordinairement rien qu'on puisse rapporter aux scrofules.

§ IV. — Symptômes.

MM. Kopp (*loc. cit.*), Hirsch (de Kœnigsberg) (3) et le professeur Brera (4) sont les auteurs qui ont donné la description la plus détaillée des symptômes attribués à cette maladie; c'est aussi d'après ces trois auteurs que je vais en présenter le tableau.

Les symptômes se manifestent tout à coup et toujours *sous forme d'accès*. Les causes principales de ces accès sont les cris, l'impatience, les grands mouvements, les efforts de toute espèce; quelquefois néanmoins ils se produisent en l'absence de ces causes déterminantes, et alors l'enfant passe tout à coup du plus grand calme à l'agitation la plus grande. L'accès étant déclaré, on voit survenir une série de symptômes que M. Brera a distingués en symptômes *pathognomoniques* et en symptômes *accessoires*.

Parmi les premiers, nous trouvons une *gêne très grande de la respiration*, qui est entrecoupée, l'inspiration étant incomplète. Parfois même, comme dans un cas cité par le docteur Hood (5), la respiration reste un instant suspendue, et à ce calme succède une inspiration brusque et incomplète. Le docteur Kopp a également signalé ce symptôme. Cette inspiration incomplète donne lieu à un *cri aigu* comparé par les auteurs à celui de la coqueluche, mais cependant un peu moins fort. La respiration, ainsi entrecoupée et saccadée, conserve ces caractères pendant un espace de temps assez court; au bout de cinq ou six inspirations sifflantes, l'accès est terminé, et il ne reste plus, d'après le docteur Kopp, qu'un peu de morosité et de malaise qui ne tarde pas à se dissiper.

(1) *Ueber das Erdrücken*, etc. (*A. Henke's Zeitschrift*, etc., 1821, t. I).
(2) Voy. *Gazette médicale*, janvier 1836.
(3) *Journ. de Hufeland et Ozann für pract. Heilkunde*, juillet 1835.
(4) *Annali univ. di med.*, d'Omodei.
(5) *Case of diseas. thym.* (The Edinburgh med. and surg. Journ., 1835, t. XLIII, p. 289).

Dans les cas les plus intenses, l'accès peut durer jusqu'à deux et trois minutes, et suivant Fingerhuth, jusqu'à huit et dix minutes. Mais cette assertion est repoussée par M. Kyll (1), qui ne pense pas que la suspension de la respiration puisse se prolonger aussi longtemps.

Tels sont les signes indiqués par les auteurs ; ils n'ont parlé ni de la toux, ni de l'état de la voix, et cependant nous trouvons dans plusieurs observations (2) que les enfants étaient sujets à une *toux habituelle*, quoique légère.

Les symptômes regardés comme accessoires par les médecins que je viens de citer sont : des *convulsions* pendant lesquelles les mains sont fermées, les pouces fortement fléchis, la tête renversée en arrière, et les muscles postérieurs du tronc fortement contractés ; la *lividité de la face* suivie de pâleur ; la *dilatation des ailes du nez*, la *fixité des yeux*, le *froid des extrémités*, les *excrétions involontaires*. Les docteurs Kopp et Brera ont indiqué comme des symptômes très-importants, les *angoisses*, les *spasmes* de la poitrine, la *faiblesse des battements du cœur*, et surtout la *sortie permanente de la langue*, que les enfants tiennent toujours entre les dents ou entre les gencives. Mais d'autres auteurs affirment que ces signes manquent souvent. Suivant Caspari, la *contraction des muscles lombricaux* des mains et des *adducteurs des pouces* est toujours remarquable.

On voit que ces observateurs n'ont nullement fait mention de l'auscultation et de la percussion de la poitrine, ni de l'état du cou, qui néanmoins méritaient de fixer leur attention, dans les cas où les poumons se trouvaient refoulés par un thymus volumineux. Fingerhuth est le seul qui ait dit un mot des deux moyens d'exploration de la poitrine ; mais il n'a point donné à ce sujet des détails suffisants. Pendant les accès, le *pouls* est faible, serré, rapide ; dans l'intervalle, il reprend sa fréquence normale.

Tels sont les symptômes attribués à cette affection. Il est inutile de faire remarquer combien ils sont vagues et insuffisants ; tout se réduit, en effet, à quelques signes de suffocation, accompagnés de symptômes nerveux qu'on peut bien plus facilement rapporter à un accès d'éclampsie qu'à une simple compression des organes respiratoires ou circulatoires. Cela est si vrai, que le docteur Kyll (*loc. cit.*) n'a pas cru devoir séparer l'asthme thymique du spasme de la glotte, qui, d'après lui et plusieurs auteurs anglais, serait dû tantôt à une lésion des membranes cérébrales, tantôt à une inflammation de la portion cervicale de la moelle, tantôt à l'altération des ganglions lymphatiques du cou, et tantôt enfin à l'hypertrophie du thymus. On peut voir à ce sujet les réflexions que nous avons faites à l'article *Pseudo-croup*.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

On a vu que la maladie était essentiellement caractérisée par des accès ; elle est donc *intermittente* ; mais cette intermittence est très variable. Ainsi, dans les premiers temps, on n'observe qu'un accès tous les huit ou dix jours, tandis que vers la fin de la maladie on peut en compter jusqu'à vingt en vingt-quatre heures.

(1) *Mém. sur le spasme de la glotte* (*Arch. de méd.*, 2e série, 1837, t. XV, p. 88).

(2) *Cas de mort par augmentation du thymus* (*Rust's Magazine*, vol. XXI, p. 554 ; *The Lancet*, vol. II, 1839-40, etc., etc.).

La *durée* de cette affection peut, suivant M. Hirsch, être de trois semaines à vingt mois ; dans ce dernier cas, on observe quelquefois des intervalles de plusieurs semaines entre les accès.

Quant à la *terminaison*, elle est ordinairement funeste ; cependant on a cité quelques cas rares de guérison, et alors les accès se sont éloignés peu à peu, pour disparaître enfin complétement. Dans un cas rapporté par Rullmann, la guérison n'a été complète qu'au bout de deux ans.

§ VI. — Lésions anatomiques.

La lésion la plus remarquable est sans contredit l'augmentation de volume du thymus. Pour comprendre jusqu'à quel point cette hypertrophie peut être portée, il faut se rappeler que chez les enfants nés à terme, le poids de cet organe est, d'après M. Krause (1), de 9 à 10 grammes, et que chez les enfants qui ont succombé à l'asthme thymique, on l'a trouvé de 55 grammes (Kornmaul), de 32 (Kopp), de 35 (Hirsch), de 16 (Plater). On l'a vu, large de 5 à 6 centimètres, s'étendre depuis la glande thyroïde jusqu'au diaphragme, recouvrir le cœur, refouler les poumons, et quelquefois envoyer des prolongements en forme de vrilles qui contournaient les vaisseaux.

Lorsque l'hypertrophie est simple, l'organe conserve sa structure ; il est mou dans toute son étendue, et laisse écouler un liquide laiteux, comme à l'état sain. Dans certains cas, on a trouvé le thymus tuberculeux, squirrheux, lardacé, etc. M. Hirsch ne veut pas que ces dégénérescences soient considérées comme des lésions propres à l'asthme thymique. Toutefois, si ces lésions donnaient lieu aux mêmes symptômes, on ne voit pas pour quel motif on pourrait les exclure. La flaccidité du cœur et la persistance du trou de Botal ont été aussi mentionnées, mais seulement dans quelques cas.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

La question dominante est, comme nous l'avons déjà indiqué, de savoir si *réellement l'affection dont il s'agit doit entrer dans le cadre nosologique*. Plusieurs motifs doivent inspirer des doutes sérieux à ce sujet. Le premier, c'est que les signes attribués à l'asthme thymique sont parfaitement semblables à ceux qu'on a notés dans les cas d'éclampsie avec suffocation ; or, nous avons vu que dans ces cas, cités par les auteurs anglais sous le nom de *spasme de la glotte*, l'hypertrophie du thymus n'existait pas ordinairement. Le second, c'est que les recherches les plus exactes d'anatomie pathologique ne nous ont fait découvrir aucune liaison entre l'hypertrophie du thymus et la suffocation. Et le troisième, c'est que, dans quelques cas, une hypertrophie notable du thymus a pu exister sans aucun des symptômes que lui attribuent MM. Kopp et Hirsch. M. Haugsted (*loc. cit.*) en a rapporté un exemple des plus remarquables : il a vu le thymus s'élever, chez une fille de sept ans, jusqu'au poids énorme de 150 grammes, sans avoir produit aucun symptôme de l'asthme thymique. D'un autre côté, M. Roesch de Schwenning (2)

(1) *London med. Gaz.*, 1836-37, vol. XX, p. 672.
(2) Voy. *Gazette médicale de Paris*, 1836, p. 504.

a fait remarquer que les symptômes d'asphyxie de l'asthme prétendu thymique diffèrent notablement de l'asphyxie causée par la compression de la trachée.

Diagnostic. — On distingue l'asthme thymique de la *coqueluche* par l'absence de prodromes, de la toux habituelle, des vomissements, de l'expuition d'une matière filante qui met fin aux accès, et par la suppression complète de la respiration.

Il diffère essentiellement du *croup* par l'état de la voix, qui n'est point éteinte.

Si des cas qu'on pourrait rapporter à l'asthme thymique se présentaient à l'observation, on devrait examiner avec soin l'état de la poitrine.

Il est inutile de présenter un tableau synoptique d'un diagnostic encore si obscur.

Pronostic. — L'affection est presque toujours mortelle. Lorsque les abcès se rapprochent beaucoup, la mort est imminente.

§ VIII. — Traitement.

Nous ne saurions nous étendre sur le traitement d'un état pathologique dont l'existence, comme maladie particulière, est plus que douteuse, et que nous avons décrit avec quelques détails, uniquement dans le but d'attirer l'attention des observateurs sur lui. Nous nous bornerons donc à indiquer les principaux moyens proposés par les auteurs.

La *saignée*, les *sangsues*, les *ventouses scarifiées* ont été presque toujours mises en usage. Viennent ensuite les *antispasmodiques*, tels que l'*eau de laurier-cerise*, le *musc*, le *cyanure de zinc*.

Les *vésicatoires*, les *frictions mercurielles*, ont été aussi fréquemment employés.

MM. Graf (1) et Hirsch ont conseillé de *sevrer* l'enfant et de le mettre à la diète la plus rigoureuse. Enfin on a eu recours aux *mercuriaux*, à l'*iode*, aux *préparations d'or*, au *charbon animal*, à l'*extrait de ciguë*, etc., etc.

M. Allan Burns (2) a été jusqu'à proposer l'extirpation de la glande malade! Quand même cette opération serait possible, comment l'entreprendre lorsque le diagnostic est nécessairement incertain, qu'on a tant de motifs de croire que l'augmentation de volume du thymus n'est pas la principale cause des symptômes, et qu'on ne sait pas si cet organe est réellement hypertrophié?

CHAPITRE III.

MALADIES DE LA TRACHÉE.

La trachée, sous quelque rapport qu'on la considère, ne constitue point un organe indépendant. Elle n'a d'autre usage que de fournir à l'air un passage pour parvenir dans le poumon. Simple intermédiaire entre le larynx et les ramifications bronchiques où se produit l'hématose, elle n'est que le tronc de l'arbre aérien. Nous de-

(1) *Ueber Asth. thym.*

(2) *Observ on the surg. anat. of the head and neck*, Edinburgh, 1811.

vons donc être peu surpris de ne pas trouver dans cet organe de maladies qui lui soient propres ni qui l'affectent exclusivement. Chacun sait, en effet, que les affections de la trachée ne sont que l'extension ou le commencement des affections du larynx et des bronches. Il est au moins très rare qu'il en soit autrement. Ainsi la trachéite simple n'est ordinairement que le commencement de la bronchite aiguë; la trachéite pseudo-membraneuse survient, dans presque tous les cas, à la suite de l'inflammation pseudo-membraneuse du larynx, et quant aux affections chroniques, on verra dans la suite de cet article que leur existence, comme maladies indépendantes de la trachée, a été fortement contestée, et que, même en l'admettant, on doit la regarder comme une exception.

Si, après toutes ces considérations, on remarque encore que le calibre considérable de la trachée expose cette partie des voies respiratoires bien moins que toutes les autres à une obstruction capable de produire la suffocation et l'asphyxie, on comprendra comment les maladies de cet organe offrent si peu d'intérêt aux praticiens, et comment aussi les recherches sur ce point sont si rares et si peu instructives.

Dans cet état de choses, on pourrait presque passer sous silence, sans grand inconvénient, les maladies de la trachée. Mais il s'est élevé quelques questions sur lesquelles il importe de dire un mot, afin qu'il ne reste pas de doute dans l'esprit du lecteur. C'est pourquoi nous allons très rapidement passer en revue ce que les auteurs nous ont laissé de plus intéressant sur ce sujet, me bornant, pour tout ce qui n'a pas une certaine utilité pratique, à une simple indication.

Les anciens ont fréquemment parlé des maladies et surtout des maladies chroniques de la trachée-artère; mais on ne tarde pas, en examinant attentivement ce qu'ils ont dit, à s'assurer qu'ils ont ordinairement confondu entre elles les affections du larynx et de la trachée, ou du moins que, dans les cas dont ils nous ont donné l'histoire, le larynx présentait des lésions tout aussi considérables que celles de la trachée elle-même. Dans ces derniers temps, on a cherché à faire une maladie particulière de la phthisie trachéale, et Cayol (1) a surtout insisté pour faire admettre cette espèce particulière de phthisie. Lorsqu'il s'agira de cette affection, nous rapporterons les discussions que la manière de voir de cet auteur a soulevées.

§ I. — Trachéite simple.

L'inflammation simple de la trachée est si rarement bornée à cet organe, que les auteurs ne se sont généralement pas arrêtés à en donner une description. Nous nous contenterons d'en dire quelques mots.

Causes. — Suivant M. Roche (2), « la seule circonstance peut-être qui puisse faire naître exclusivement cette affection, c'est l'impression d'un courant d'air froid sur la partie antérieure du cou, pendant que tout le corps est en sueur. » Nous ne croyons pas qu'on ait publié une seule observation qui mette ce fait hors de doute. Quant aux autres causes indiquées par cet auteur, nous ne les mentionnerons pas, parce que les unes ne donnent pas directement lieu à la trachéite, qui n'est pro-

(1) *Rech. sur la phthisie trachéale*, thèse. Paris, 1810.
(2) *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, art. TRACHÉITE, t. XV, p. 342.

duite que par l'extension d'une autre maladie (*laryngite*, *bronchite*), et que les autres constituent elles-mêmes des maladies importantes, dont la trachéite n'est qu'une complication.

Symptômes. — Les symptômes de l'inflammation de la trachée sont les suivants, comme on peut s'en assurer en examinant ce qui se passe dans la bronchite ordinaire, et en faisant la part des symptômes qui appartiennent à chaque partie de l'arbre bronchique :

1° Gêne, tension, picotements, douleur à la partie inférieure du cou et derrière la partie supérieure du sternum ; 2° toux plus ou moins intense, provoquée ordinairement par ces picotements ; M. Roche a cité un exemple dans lequel il n'existait presque pas de toux ; 3° crachats d'abord nuls, puis transparents, filants, salés, peu abondants ; ensuite perlés, parfois légèrement noirâtres, et enfin jaunes, verdâtres, opaques ; 4° difficulté plus ou moins considérable de la respiration, avec oppression plus forte par moments. Tels sont les symptômes qu'on peut assigner à l'inflammation de la trachée. Quant au gonflement, à la chaleur de la partie antérieure du cou et aux symptômes fébriles dont parle M. Roche, nous ne croyons pas devoir les mentionner, parce qu'on n'a pas d'exemple qu'ils se soient montrés dans une inflammation bornée à la trachée.

L'auscultation peut faire entendre quelques sifflements vers la naissance des bronches ; mais ordinairement aucun bruit particulier n'est perçu. Quant à la percussion, elle ne dénote rien d'anormal.

Marche et durée de la maladie. — La marche de la trachéite simple est rapide ; sa durée est ordinairement de cinq ou six jours. Il n'existe pas un seul exemple de trachéite simple chronique.

Lésions anatomiques. — Une quantité plus ou moins grande de mucus, la rougeur, l'épaississement, le ramollissement de la muqueuse, sont les lésions anatomiques déterminées par l'inflammation de la trachée.

Diagnostic. — Le peu d'intensité de la maladie, les picotements bornés à la partie inférieure du cou, la gêne peu considérable de la respiration, et l'absence plus ou moins complète de bruits anormaux à l'auscultation, servent à faire distinguer la trachéite simple de la bronchite aiguë, seule maladie avec laquelle on pourrait la confondre.

Traitement. — Le traitement de cette affection si légère est rarement réclamé par les malades ; il consiste le plus souvent en de simples boissons adoucissantes. On n'aurait recours à une application de sangsues que dans les cas où l'on craindrait l'extension de l'inflammation vers la poitrine, chez des sujets qui auraient déjà présenté quelques symptômes inquiétants du côté de cette cavité. Enfin on peut, dans quelques circonstances où il est absolument nécessaire de rétablir promptement l'intégrité des organes de la respiration, avoir recours aux légers narcotiques, aux fumigations, etc. ; mais nous n'entrerons point ici dans de longs détails à ce sujet, parce que ce traitement ne diffère en rien de celui de la bronchite simple aiguë, sur lequel nous nous étendrons à l'occasion de cette dernière maladie.

§ II. — Trachéite pseudo-membraneuse.

Nous avons vu, dans l'histoire du croup, que quelques auteurs, et en particulier Jurine, avaient signalé des cas où l'inflammation pseudo-membraneuse envahissait

d'abord la trachée; mais tous ont reconnu que la lésion ne tardait pas à s'étendre et à gagner, d'une part, le larynx, et de l'autre les bronches. Dans le premier cas, la maladie a toujours été considérée comme une *laryngite pseudo-membraneuse;* dans le second, elle constitue, comme on le verra plus tard, la *bronchite pseudo-membraneuse* ou *croup bronchique.* Ainsi la trachéite pseudo-membraneuse, en tant que maladie distincte, pourrait être négligée. On trouve néanmoins dans Baillou (1) l'indication de quatre cas de mort par suffocation, sans toux ni expectoration, et dans lesquels l'auteur nous dit que la trachée-artère était obstruée par une *substance pituiteuse, dense, étendue sous forme de membrane;* mais il est plus que probable que cette fausse membrane n'était pas bornée à la trachée, qui paraît avoir été seule examinée par Baillou.

Le docteur Matt. Baillie a décrit une affection qu'il désigne sous le nom de *polypus*, titre qui pourrait en imposer; mais une simple lecture suffit pour faire reconnaître tout d'abord qu'il ne s'agit, sous ce titre, que de fausses membranes tapissant la trachée.

Sans nous arrêter davantage à une affection si douteuse, nous allons passer à la trachéite ulcéreuse, plus généralement connue sous le nom de *phthisie trachéale.*

§ III. — Trachéite ulcéreuse (*phthisie trachéale*).

Déjà Morgagni, Borsieri et plusieurs autres auteurs avaient parlé des ulcères de la trachée. Cayol a le premier traité spécialement ce sujet. Cet auteur, dans sa thèse, rapporte six cas de phthisie trachéale, dont quatre lui appartiennent, et deux sont empruntés à Morgagni (Ep. XV, 15) et à M. Sauvée (2), mais dans trois desquels seulement il est question d'ulcères simples. Voici, d'après lui, et sans rien préjuger sur l'existence de cette affection considérée comme entièrement indépendante, l'histoire de la trachéite ulcéreuse :

Causes. — Des trois sujets, deux étaient du sexe masculin; ils avaient de trente-neuf à cinquante ans : la femme seule était sujette à la dyspnée depuis son enfance; un des deux hommes était adonné aux boissons alcooliques. Chez un sujet, la maladie apparut après la disparition, dans l'espace d'un mois, d'un engorgement glanduleux du cou et de l'aisselle, qui durait depuis huit mois. Chez la femme, le début eut lieu dans le cours d'une bronchite qui occasionnait beaucoup de dyspnée.

Voilà ce qui fut noté chez les sujets observés par Cayol. On a admis, en outre, comme cause d'ulcération de la trachée, une ou plusieurs infections vénériennes antécédentes, ce qu'il ne faut pas perdre de vue, car nous aurons à y revenir lorsqu'il s'agira de décider s'il existe ou non une phthisie trachéale non syphilitique, indépendante de toute autre affection.

Symptômes. — Les symptômes observés furent les suivants : *Douleur* constante ou passagère derrière la partie supérieure du sternum, avec un sentiment de *gêne* plus ou moins considérable. *Toux* constante, fréquente, quinteuse dans un cas, et allant toujours en augmentant depuis le début; elle était ordinairement suivie, chez un sujet, d'*oppression* et de *dyspnée.* Les *crachats*, glaireux et filants d'abord,

(1) *Opera medica : Epid. ephem.*, lib. II, p. 197 et 201.
(2) *De la phthisie laryngée*, thèse. Paris, an X, in-8.

devenaient ensuite jaunes, épais, opaques ; ils étaient alors mêlés à une matière écumeuse et pituiteuse. La *dyspnée*, déjà notable dès le début, allait toujours en augmentant, excepté dans un cas où elle parut diminuer à la fin. Chez deux sujets il y avait des *accès de suffocation*. La *voix*, seulement enrouée dans deux cas, fut d'abord voilée, puis éteinte chez un sujet. La *percussion* ne faisait reconnaître aucun bruit anormal. En même temps que ces symptômes se manifestaient, la *fièvre* se déclarait et acquérait, au bout d'un certain temps, une intensité considérable. Enfin survenait un *amaigrissement* marqué, et même le *marasme*, vers la fin de l'existence.

Marche et durée. — La marche de cette affection était lente, mais continue ; sa durée varia de sept à seize mois.

Lésions anatomiques. — A l'autopsie, Cayol trouva des ulcérations de 2 à 6 centimètres de long, plus ou moins profondes, et ayant plus particulièrement leur siége dans la seconde moitié de la trachée et à la bifurcation des bronches. M. Andral (1) cite un cas dans lequel la trachée-artère était criblée d'ulcérations ; mais il ne ressort pas de sa description qu'il n'y eût pas de tubercules dans les poumons.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette affection a été donné en détail à l'article *Laryngite ulcéreuse ;* il est donc inutile d'y revenir ici. Il suffit de rappeler que le siége de la douleur et la conservation plus ou moins complète du timbre de la voix sont les principaux signes distinctifs.

Mais ici s'élève une question trop importante pour être passée sous silence. Les *ulcères de la trachée peuvent-ils réellement être indépendants de toute autre affection, et en particulier de la phthisie pulmonaire et de la laryngite chronique?* Voilà le point sur lequel les auteurs ne sont pas d'accord. MM. Trousseau et Belloc n'hésitent pas à répondre négativement. Pour eux il n'existe pas de phthisie trachéale proprement dite, et ils confondent cette maladie avec la phthisie laryngée. Suivant eux, l'examen du larynx, dans les observations rapportées par Cayol, n'a pas été fait d'une manière assez exacte pour qu'on puisse affirmer que cet organe était réellement sain. D'un autre côté, malgré le zèle avec lequel on a cultivé l'anatomie pathologique depuis que Cayol a publié sa thèse, on n'a point cité de cas bien authentique d'ulcères de la trachée sans phthisie pulmonaire. M. Louis, en particulier, n'en a pas rencontré un seul exemple, quoiqu'il ait fait un si grand nombre d'autopsies de toute espèce, tandis que les cas où les symptômes de cette dernière maladie se sont manifestés avant ceux de la trachéite ulcéreuse sont extrêmement multipliés. Si nous examinons, sous ce nouveau point de vue, les faits rapportés par Cayol, nous trouvons que des trois observations d'ulcérations propres à la trachée, une seule (la deuxième), ainsi que l'a fait remarquer M. Louis (2), fait mention des maladies vénériennes que le malade aurait pu contracter, et constate qu'il n'en a jamais été atteint. Or, comme nous l'avons vu plus haut, les ulcérations de la trachée ont été, ainsi que celles du larynx, placées parmi les symptômes secondaires de la syphilis. Cette lacune dans l'observation nous permet donc de penser que cette cause spéciale a pu exister, et il en résulte :

(1) *Clinique médicale*, 3ᵉ édit., t. III, p. 179.
(2) *Examen de l'Examen de M. Broussais relativement à la phthisie*, etc. Paris, 1834.

1° que l'existence de la phthisie trachéale, indépendante de la phthisie pulmonaire, doit être regardée comme une très rare exception, si même on ne la considère, jusqu'à nouvel ordre, comme fort douteuse ; 2° que dans les cas où l'on a trouvé des ulcères dans la trachée sans tubercules dans les poumons, on peut soupçonner l'existence d'une infection vénérienne. Il y a bien loin de cette manière de voir à celle de Laennec, qui a avancé que les ulcères de la trachée se rencontrent quelquefois chez les phthisiques, mais qu'il est bien plus commun de les voir se développer chez des individus dont les poumons sont sains. L'erreur dans laquelle est tombé cet auteur, si justement célèbre, nous prouve combien une appréciation trop légère des faits est dangereuse dans les sciences.

Dans les cas d'ulcérations trachéales qui se sont présentés au docteur Matt. Baillie (1), il y avait en même temps une ulcération de l'œsophage qui, selon toutes les apparences, s'était manifestée la première. M. Andral cite deux cas semblables.

Traitement. — Le traitement de la trachéite ulcéreuse ne diffère pas sensiblement de celui que l'on oppose à la laryngite ulcéreuse, à l'histoire de laquelle je renvoie le lecteur (voy. p. 463 et suiv.). Nous dirons seulement que l'on doit plus compter sur les *fumigations* et sur les *aspirations de poudres médicamenteuses* que sur la cautérisation par l'ouverture supérieure du larynx, et qu'on doit appliquer les révulsifs plutôt à la partie supérieure de la poitrine qu'à la partie antérieure du cou.

§ IV. — Diverses affections chroniques de la trachée.

On a cité quelques cas de *cancer de la trachée*. M. Matt. Baillie en a rapporté un exemple sous le nom de *tracheæ scirrhus ;* mais cette affection rare, obscure, ne présentant pas de symptômes particuliers, et au-dessus des ressources de l'art, ne doit pas nous arrêter.

Quant à l'*ossification des anneaux de la trachée*, qui a été indiquée par le même auteur, elle ne constitue pas une maladie particulière, elle est due aux progrès de l'ulcération.

Il a été publié (3) une observation intitulée *hydatides dans la trachée-artère ;* mais, d'après la description qu'en donne l'auteur, on est plutôt porté à penser qu'il s'agit simplement d'une pseudo-membrane croupale que de véritables hydatides.

Enfin, dans le même journal (1815, vol. XI, p. 269), on lit une autre observation qui a pour titre : « *Cas de contraction spasmodique de la trachée.* » Le sujet est une jeune fille de quinze ans qui succomba après huit jours d'une dyspnée toujours croissante. A l'autopsie, on trouva 4 centimètres de la partie moyenne de la trachée rétrécis, au point que le diamètre de cet organe était diminué des deux tiers. La contraction diminua graduellement après l'ouverture du corps ; elle n'était plus sensible le lendemain. Ce fait est trop exceptionnel pour mériter autre chose qu'une simple mention.

(1) *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1815, p. 74.
(2) *The Edinburgh med. and surg.* Review, 1811, t. VII, p. 490.

Je n'en dirai pas davantage sur des affections si obscures et offrant si peu d'intérêt aux praticiens. Je n'ai eu, je le répète, d'autre but que de mettre le lecteur à même de reconnaître un cas exceptionnel, tel que ceux qui viennent d'être cités, si par hasard il s'en présentait à son observation.

CHAPITRE IV.

MALADIES DES BRONCHES.

Nous arrivons à des maladies étudiées, en général, avec bien plus de soin et de succès que celles qui ont été décrites jusqu'à présent. Ici nous allons recueillir le fruit de l'admirable découverte de Laennec, et profiter des travaux précieux qui ont été entrepris dans ces dernières années. Nous aurons, par conséquent, moins de questions obscures à discuter, moins d'explications à présenter, et nous pourrons tracer d'une manière plus rapide l'histoire de chaque maladie.

Les bronches sont sujettes à des affections fréquentes, et dont quelques-unes sont très graves. En contact direct avec l'air extérieur, elles subissent, plus que toutes les autres parties de l'appareil respiratoire contenues dans la poitrine, l'influence des variations atmosphériques. L'hématose, ayant lieu dans leurs dernières ramifications, se trouve plus ou moins troublée lorsqu'elles sont gravement affectées. Les maladies dont elles sont le siége ont une tendance assez grande à se perpétuer, si on les néglige; enfin, les phlegmasies si fréquentes dont elles sont atteintes prédisposent à des inflammations plus profondes. Que de motifs pour étudier avec le plus grand soin toutes leurs affections!

Nous suivrons dans ce chapitre le même ordre que dans le premier, et nous décrirons successivement : 1° l'*hémoptysie;* 2° la *bronchite aiguë simple*, qui comprend la *bronchite capillaire générale* ou *suffocante;* 3° la *bronchite chronique simple;* 4° la *bronchite pseudo-membraneuse*; 5° la *dilatation* et le *rétrécissement des bronches;* et 6° l'*emphysème pulmonaire.*

Nous ne parlerons point ici de la *bronchite ulcéreuse*, parce que c'est une affection qui n'est connue qu'à l'état de complication. Quant à l'emphysème pulmonaire, nous l'avons classé dans les affections des bronches, parce que, bien que le tissu intervésiculaire présente souvent une altération marquée, qu'il soit épaissi, déchiré, et que l'air ait pu se répandre jusque sous la plèvre, c'est par les extrémités des bronches, par les vésicules, que la maladie commence évidemment.

Ce sont là, au reste, des questions d'un intérêt secondaire pour le praticien, et c'est pourquoi nous nous hâtons de passer aux descriptions des maladies que nous venons d'énumérer.

ARTICLE Ier.

HÉMOPTYSIE.

Dans la très grande majorité des cas, l'hémoptysie n'est qu'un symptôme d'une maladie plus ou moins grave. Si donc nous nous étions réservé le droit de modifier à l'occasion les règles que nous nous sommes tracées, nous n'aurions à parler dans

cet article que des cas rares où l'hémorrhagie bronchique constitue toute la maladie, est *essentielle*, pour me servir de l'expression consacrée. Mais quelques réflexions feront voir combien serait vicieuse cette manière d'envisager l'affection dont il s'agit. 1° L'hémoptysie symptomatique peut être tellement abondante, qu'elle compromet la vie et nécessite de prompts secours ; 2° alors même qu'elle ne menace pas les jours par son abondance, elle peut inquiéter par sa persistance et ses retours fréquents ; 3° elle constitue un accident presque toujours effrayant pour le malade, qui se hâte de réclamer les secours de la médecine. Il suit de tout cela que le plus souvent l'hémoptysie, quoique simple symptôme, demande à être traitée comme une maladie réelle ; et cela est si vrai, qu'il n'est pas rare de voir mettre en usage, pour l'arrêter, des moyens qu'on peut regarder comme contraires à la maladie dont elle est un symptôme.

Pour le praticien, l'hémoptysie, quelle que soit sa cause, est presque toujours un accident qu'il faut promptement reconnaître, apprécier et combattre. On conçoit dès lors combien il nous importe d'étudier avec le plus grand soin les diverses espèces d'hémoptysies dans un seul article où elles puissent être facilement comparées. La nécessité d'agir ainsi a été sentie par tous les auteurs, car, dans tous les traités de pathologie, un article important est consacré à l'hémoptysie.

Cette hémorrhagie a été étudiée dès la plus haute antiquité. Il serait inutile de citer les noms de tous les médecins qui s'en sont occupés depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Nous emprunterons, dans le cours de cet article, un grand nombre de documents aux auteurs, tant anciens que modernes, qui nous apprennent quelque chose d'utile sur son histoire, et en particulier sur son diagnostic et son traitement.

L'hémoptysie a été divisée en un plus ou moins grand nombre d'espèces, suivant le point de vue où les divers auteurs se sont placés. Et d'abord, comme dans toutes les hémorrhagies, on a distingué l'hémoptysie *active* de l'hémoptysie *passive*. Nous avouons que dans les observations, nous n'avons pas trouvé de raisons suffisantes pour admettre cette division, car nous avons noté les signes précurseurs ou concomitants regardés comme appartenant à l'hémoptysie active dans les cas les plus variés : dans les hémoptysies essentielles comme dans celles qui tenaient à une lésion des poumons et du cœur; dans celles qui remplaçaient un flux sanguin, comme dans toutes les autres. Nous croyons donc devoir imiter MM. Chomel et Reynaud (1), qui ne se sont pas arrêtés à ces signes équivoques.

On a admis une hémoptysie *essentielle* et une hémoptysie *symptomatique*. La première n'est liée à aucune lésion anatomique appréciable ; elle est rare, mais des faits authentiques démontrent son existence. Cette hémoptysie *essentielle* comprend le crachement de sang *supplémentaire* d'un autre flux sanguin, et celui qui survient quelquefois dans les ascensions sur les hautes montagnes. La seconde espèce est la plus fréquente ; elle est due à la présence des tubercules dans le poumon, à une affection du cœur, à la rupture d'un anévrysme. Nous y reviendrons en étudiant les causes.

Il n'est certainement pas inutile pour le praticien de connaître ces divisions, car chaque espèce d'hémoptysie peut avoir, dans certains cas, une gravité particulière,

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. XV, art. HÉMOPTYSIE.

et exiger des moyens appropriés. Mais, en général, on a peu d'occasions, dans la pratique, d'avoir égard à ces distinctions, parce que l'abondance et la violence de l'hémorrhagie dirigent presque toujours seules le traitement. Aussi n'en ferons-nous mention que tout autant qu'elles auront un véritable intérêt.

Plusieurs autres divisions ont été proposées. Sauvages, dans sa classe IX (1), compte dix-sept espèces d'hémoptysie, fondées tantôt sur des circonstances dans lesquelles la perte de sang est apparue, tantôt sur sa marche, tantôt sur la maladie qu'elle complique. Ainsi on y voit l'hémoptysie *accidentelle*, *habituelle*, *scorbutique*, *varioleuse*, *phthisique*, *tuberculeuse*, etc., etc. Stoll (2) a tracé une division un peu différente, mais non mieux fondée, dans laquelle on remarque l'hémoptysie *inflammatoire*, *pituiteuse*, et surtout l'hémoptysie *bilieuse*, dont on a tant parlé. Enfin, pour montrer jusqu'à quel point on a poussé les divisions, nous allons indiquer celle de Joseph Frank, qui est une des plus complètes. Cet auteur, divisant l'hémoptysie, à laquelle il donne le nom de *pneumonorrhagie*, en symptomatique et primitive, range sous le premier chef la pneumonorrhagie des maladies aiguës : fièvres intermittentes, catarrhales, peste, variole, pneumonie, cardite ; et celle des maladies chroniques : phthisie, hydrothorax, ascite, coqueluche, et différentes affections du cœur et des gros vaisseaux. Puis, dans sa seconde catégorie il fait entrer les pneumonorrhagies *traumatique*, *inflammatoire*, *rhumatismale*, *gastrique*, *spasmodique*, *arthritique*, *scorbutique* et *atonique* (3). Cette division est un vrai chaos où les circonstances les moins importantes servent de prétexte pour établir des espèces particulières. La saine pratique n'a rien à gagner à ces distinctions subtiles ou sans fondement ; on doit donc les rejeter, et de toutes les espèces de pneumonorrhagies primitives, ne conserver que la traumatique.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*hémoptysie* est, suivant l'étymologie de ce mot, *tout crachement de sang*. Cependant on s'est demandé s'il convenait de comprendre sous cette dénomination les crachats légèrement sanguinolents de la pneumonie et de quelques autres maladies. Sans entrer dans une discussion oiseuse pour nous, et ne considérant la question que sous le point de vue de l'utilité pratique, disons que nous ne traiterons dans cet article que de l'hémoptysie qui a par elle-même une certaine gravité, et que par conséquent nous en exclurons tout crachement sanguinolent qui n'est absolument qu'un symptôme.

Cette hémorrhagie a été décrite par plusieurs auteurs sous les noms d'*hæmoptoe*, *hémorrhagie du poumon*, *crachement*, *vomissement de sang*, *pneumonorrhagie*, *pneumorrhagie*, *pneumo-hémorrhagie*, etc. Mais toutes ces dénominations ne sont pas synonymes d'*hémoptysie*, puisque celle-ci comprend les crachements de sang qui ont leur source dans le larynx, la trachée et les poumons. Pour mettre un peu d'ordre dans cette partie de la pathologie, on a proposé de conserver le nom d'*hémoptysie* au crachement de sang en général, et de décrire sous ceux de *laryn-*

(1) *Nosologia methodica : Fluxus*, ordo I, *Sanguifluxus*.

(2) *Ratio medendi*, pars III, p. 10 et suiv. Paris, 1787.

(3) Il est surprenant que J. Frank n'ait pas consacré un paragraphe particulier à l'hémoptysie bilieuse de Stoll, dont il sera fait mention plus loin.

gorrhagie, *trachéorrhagie*, *pneumorrhagie*, les hémorrhagies provenant des divers points des voies respiratoires. Nous nous bornons à indiquer cette division comme la plus rigoureuse et la plus logique; mais nous ne la suivrons pas, parce que les hémorrhagies du larynx et de la trachée sont si rares, qu'elles ne méritent réellement pas une description particulière.

Après l'épistaxis, l'hémoptysie est la plus *fréquente* de toutes les hémorrhagies. On le conçoit facilement, lorsqu'on songe qu'elle est un symptôme très ordinaire d'une des plus fréquentes maladies : la phthisie pulmonaire.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Tout le monde sait que l'hémoptysie appartient presque en propre à la jeunesse. Les enfants n'en sont presque jamais atteints; elle est un peu plus fréquente chez les vieillards. C'est de quinze à trente-cinq ans qu'elle se montre le plus souvent; elle a son maximum de fréquence de vingt à trente ans : ce que l'on devait prévoir d'avance, puisque cette époque de la vie est aussi celle où se montre le plus souvent la phthisie pulmonaire. M. le docteur Walshe (1) a constaté que la fréquence de l'hémoptysie devient de plus en plus grande à mesure que l'âge s'élève.

Sexe. — On n'a point recherché avec soin quel est le *sexe* le plus exposé à cette hémorrhagie considérée d'une manière générale; on est néanmoins porté à admettre, contrairement à l'opinion de J. Frank, que c'est le sexe féminin, puisque les femmes sont plus sujettes à la phthisie que les hommes, et que la suppression des règles peut donner lieu à l'hémoptysie. Relativement à l'hémoptysie des phthisiques en particulier, il ne peut y avoir aucun doute à cet égard; car M. Louis (2) a constaté la plus grande fréquence de cette hémorrhagie chez les femmes, dans la proportion de 3 à 2. Je dois dire toutefois que, dans les cas observés par M. Walshe, l'hémoptysie, quoique un peu plus fréquente chez les femmes, l'a été dans une proportion si minime, qu'on peut croire que c'est un simple effet du hasard.

La *constitution* regardée depuis très longtemps comme prédisposant à l'hémoptysie, est une constitution délicate, caractérisée par la pâleur de la face, avec un peu de coloration aux pommettes, l'étroitesse de la poitrine, la longueur du cou, etc. Qui ne voit que ce sont là les caractères constitutionnels attribués par les auteurs aux phthisiques eux-mêmes? Ainsi on a donné au symptôme la cause prédisposante de la maladie. On a agi de même à l'égard des chlorotiques et des scorbutiques. Les sujets ayant un tempérament sanguin, pléthorique, la peau fine et colorée, le pouls large et élevé, ont paru, plus que les autres, exposés à l'hémoptysie essentielle.

L'*hérédité* de cette hémorrhagie a été dès longtemps signalée; mais c'est enco dans la maladie qui la produit principalement, la phthisie, qu'il faut voir cet hérédité.

(1) *Rapp. sur la phthisie pulm. obs. à l'hôpit. pour les phthis.*, à Brompton. Londres, 1848.
(2) *Rech. anat.-pathol.* sur la phthisie, 2e édit. Paris, 1843, p. 201.

Soit en l'absence d'une des causes prédisposantes précédentes, soit concurremment avec elles, l'usage habituel des *boissons alcooliques*, un régime *substantiel* et *excitant*, peuvent, suivant quelques auteurs, placer les sujets dans des conditions favorables à la production de la bronchorrhagie. Fernel (1) insiste sur ces causes

L'action de *chanter*, de *déclamer*, de *parler à haute voix*, de *crier*, lorsqu'elle est très fréquemment renouvelée, a aussi été regardée comme une cause prédisposante de l'hémoptysie; mais le fait est loin d'être démontré, et l'on peut croire que ces causes ont presque toujours, si ce n'est toujours, agi comme simples causes déterminantes.

La *suppression des flux sanguins*, l'*omission d'une saignée habituelle*, peuvent être rangées parmi les causes prédisposantes aussi bien que parmi les causes occasionnelles; les auteurs ont cité un bon nombre de cas dans lesquels ces causes ont agi d'une manière évidente. Relativement à l'omission de la saignée, F. Hofmann (2) rapporte une observation fort remarquable, où l'on voit une première omission être suivie de l'apparition d'hémorrhoïdes fluentes, et une seconde d'une abondante hémoptysie.

Quant à la *suppression des menstrues*, c'est la cause la plus fréquente de l'*hémoptysie supplémentaire*. M. Dreyfus (3) a vu une femme de dix-huit ans, mariée depuis quinze jours, qui fut prise tout à coup, et pour la première fois, d'une hémoptysie surabondante extrême qui coïncida avec le début d'une grossesse; cette hémoptysie se renouvela plus de quarante fois jusqu'au moment de la délivrance. Ces accidents cessèrent avec l'accouchement; ils ne se sont pas renouvelés depuis. Rien, dans l'auscultation ni dans la percussion, ne dénotait la moindre altération du côté de l'appareil respiratoire.

On pense généralement que les individus qui ont eu dans leur enfance de fréquentes épistaxis sont dans leur jeunesse sujets à l'hémoptysie; mais des recherches exactes manquent sur ce point comme sur tant d'autres.

On voit quelquefois survenir l'hémorrhagie pulmonaire dans les *affections organiques du cœur*. On a aussi observé plusieurs fois la terminaison des *anévrysmes de l'aorte* par des hémoptysies ordinairement foudroyantes. Quant au crachement de sang des maladies aiguës et surtout de la *pneumonie*, crachement de sang que les anciens nommaient plus particulièrement *inflammatoire*, il ne doit pas nous occuper ici, pas plus que celui qui accompagne parfois l'*apoplexie pulmonaire*, et qui sera étudié avec soin à l'occasion de cette maladie.

L'hémoptysie peut se présenter dans toutes les *saisons* de l'année; cependant c'est au printemps, au commencement des chaleurs, que les auteurs en ont observé le plus grand nombre de cas. M. Walshe (*loc. cit.*) a noté que les saisons ne paraissent pas avoir d'influence sur les productions de la première hémoptysie.

Une réflexion générale s'applique à tout ce qui a été dit dans ce paragraphe : il n'est presque aucune des assertions précédentes, empruntées aux auteurs les plus accrédités, qui s'appuie sur des recherches exactes et qui ait une précision réelle. Aussi devons-nous saisir cette occasion de recommander aux observateurs ce sujet

(1) *Univ. med. pathol.*, lib. V, cap. XI, p. 469. Coloniæ Allobrogum, 1679.
(2) *Opera omnia : De fluxu sanguin. expulm.*, obs. VIII.
(3) *Séances de la Soc. méd.-prat.* (*Union méd.*, 15 juin 1851).

important. L'étiologie, le diagnostic, le pronostic, le traitement et la prophylaxie de l'hémoptysie y sont grandement intéressés, et l'on sait ce que la médecine gagnerait à une étude rigoureuse de cette grave hémorrhagie.

Que dire maintenant de tant d'autres causes prédisposantes qu'on s'est borné à signaler sans fournir les preuves? Comment admettre l'influence de la *vie sédentaire*, du *passage* subit d'une vie active à un repos absolu, du *vice rachitique*, etc., sans une étude approfondie de toutes les autres causes qui ont pu agir chez les sujets soumis à ces diverses influences? Nous en disons autant de la *pression habituelle* exercée sur le ventre, et même de la gêne apportée dans la respiration par une *hydropisie ascite*, bien que Stoll en ait cité des exemples remarquables (1), car pour ceux qui lisent attentivement les observations, la non-existence d'une maladie du cœur, cause de l'hydropisie et du crachement de sang, sera bien loin d'être démontrée.

2° Causes occasionnelles.

Bien que l'histoire des causes occasionnelles de l'hémoptysie laisse encore beaucoup à désirer, il est certain qu'elle est mieux connue que celle des causes prédisposantes. On a noté avec plus de facilité et plus de soin des circonstances simples, remarquables, qui donnaient lieu à une hémorrhagie toujours inquiétante et parfois redoutable.

Il arrive assez souvent que, chez des individus prédisposés et ayant éprouvé des hémoptysies plus ou moins fréquentes, cette hémorrhagie se reproduit sans qu'on puisse en reconnaître la cause; mais parfois aussi, chez ces individus comme chez ceux qui n'ont pas éprouvé encore l'hémoptysie, quelque circonstance particulière se rattache à l'apparition du crachement de sang. Et d'abord on a noté les grands *efforts de la voix* : les chants, les cris, les lectures à haute voix longtemps prolongées, etc.

Ludwig (2) a vu un *exercice immodéré*, l'*action de sauter*, etc., produire cette hémorrhagie. Stahl (3) regarde comme une cause puissante l'*action de retenir son haleine* lorsqu'on soulève un fardeau ou qu'on fait quelque autre effort de ce genre. M. Louis a observé des cas (*loc. cit.*, p. 546) où un *redoublement de la toux* fut le signal du crachement de sang. Mais le redoublement de la toux était-il cause ou effet?

On peut dire d'une manière générale que tout acte qui rend la circulation plus rapide, et surtout qui tend à faire naître une congestion vers le poumon, est une cause déterminante de l'hémoptysie : c'est ainsi qu'on l'a vue se produire dans l'*acte du coït*, pendant une *course rapide*, pendant le jeu d'un *instrument à vent*, etc.

Les *émotions violentes* ont suffi souvent pour provoquer l'apparition ou le retour de la bronchorrhagie. Polisius en cite un exemple très remarquable (4). Une jeune fille, qui n'avait encore donné aucun signe de maladie pulmonaire, voyant son père pris tout à coup d'une hémoptysie violente, éprouva une telle frayeur, que le soi.

(1) *Ratio medendi : De hæm. hydrop.* Parisiis, 1787, pars III, p. 10.
(2) *Adversar. med. pract.* Lipsiæ, 1769, t. I, p. 145.
(3) *Theor. med., path.*, part. II, sect. 1 : *De hæmoptys.* Halæ, 1737.
(4) *Miscell. nat. cur.*, dec. II, ann. IV, obs. XLX.

même elle eut elle-même une hémoptysie qui se renouvela fréquemment. Au bout d'un certain temps, le père et la fille moururent phthisiques. Nous trouvons dans ce fait une cause occasionnelle et une cause prédisposante : l'émotion morale et l'hérédité.

Il faut noter aussi des causes dont l'action est plus directe : l'*inspiration de vapeurs irritantes*, comme l'acide sulfureux; les *coups violents* sur la poitrine, l'introduction de *corps étrangers* dans les bronches. Quant aux *plaies* de la poitrine, il est vrai qu'elles peuvent donner lieu à l'hémoptysie; mais l'hémorrhagie bronchique n'est point, dans ces cas, ce qui attire principalement l'attention du médecin.

Nous ne signalerons pas d'autres causes, quoique le nombre de celles que plusieurs auteurs ont indiquées soit encore grand. Comment admettre, en effet, que la *suppression de la sueur des pieds*, une espèce d'*embarras gastrique* (Stoll), la présence des *vers* dans le tube intestinal, la *contagion*, donnent lieu à l'hémoptysie, lorsqu'on ne cite que quelques cas isolés où l'on peut très bien ne voir qu'une simple coïncidence? Parce qu'un jurisconsulte avait une hémoptysie toutes les fois qu'il mangeait du *miel*, J. Frank place l'usage du miel au nombre des causes excitantes de cette hémorrhagie! Voilà donc l'effet bizarrre d'une idiosyncrasie des plus extraordinaires établi en règle générale. Hartz (1) croit à une *irritabilité particulière* et à un *état spasmodique* des *vaisseaux* des poumons. On a aussi indiqué comme des hémoptysies des crachements de sang résultant de l'introduction d'une sangsue dans l'isthme du gosier. C'est, en particulier, ce qu'on voit dans un travail de M. Trolliet (2). Mais c'est à tort, car il s'agit dans ces cas d'une hémorrhagie du pharynx ou de l'œsophage, et non d'une véritable hémoptysie.

Nous ne multiplierons pas ces citations, et nous terminerons en faisant de nouveau des vœux pour qu'un observateur habile et consciencieux porte ses investigations sur l'étiologie de l'hémoptysie, sujet bien digne d'attirer l'attention du médecin.

§ III. — Symptômes.

Nous ne possédons pas de relevés de faits nombreux propres à nous faire connaître exactement les symptômes de l'hémoptysie. Quelques observations, presque toutes fort incomplètes, et des descriptions générales, voilà les seuls matériaux qui puissent être mis en œuvre.

Symptômes précurseurs. — Ils n'existent pas toujours. C'est surtout dans les hémoptysies de médiocre intensité qu'on les voit manquer. Alors, en effet, le premier symptôme est le rejet du sang par la bouche. Peut-être, cependant, un interrogatoire plus attentif qu'on ne le fait ordinairement rendrait-il moins fréquents les cas où cette hémorrhagie paraît survenir pour ainsi dire à l'improviste.

Les symptômes précurseurs sont un peu différents, suivant que l'hémorrhagie doit être abondante ou médiocre. Dans le premier cas, on a noté des frissons, le froid des extrémités, des alternatives de pâleur et de rougeur de la face, un senti-

(1) *Biblioth. germanique méd.-chir.*, t. VI, p. 440, ann. XI.
(2) *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1847.

[illegible] de lassitude, de la chaleur, de la pesanteur dans la poitrine, parfois même une douleur sourde et lancinante, principalement entre les épaules. Borsieri (1) a, dit-il, observé plusieurs fois ces derniers phénomènes; mais n'étaient-ils pas des symptômes de la phthisie pulmonaire préexistante? L'accélération du pouls, principalement remarqué par Ludwig (*loc. cit.*), doit être aussi rangée parmi ces symptômes, qui, pour la plupart, n'ont guère lieu que dans les cas d'hémoptysie très abondante.

Lorsque, tout en restant notable, l'abondance de l'hémorrhagie est moindre, les symptômes précurseurs se bornent à la tension, à la pesanteur de la poitrine, à une plus grande difficulté de respirer, et à de légers troubles de la respiration.

Enfin, quand l'*hémorrhagie* est *légère*, une faible dyspnée, quelques chatouillements derrière le sternum ou dans la trachée, une petite toux sèche, une saveur salée ou douceâtre dans la bouche, un peu de malaise, des alternatives de chaud et et de froid, tels sont les symptômes précurseurs qui annoncent assez souvent le crachement de sang, surtout chez les sujets qui n'ont pas déjà éprouvé plusieurs fois cet accident. Dans les cas qui se sont présentés à lui, M. Louis a rarement observé de l'ardeur, des douleurs dans la poitrine et une augmentation de la fièvre (*loc. cit.*). L'existence ou l'absence de ces symptômes, qui se prolongent ensuite plus ou moins pendant l'hémorrhagie, ont servi principalement de base à la division en *hémoptysie active* et *hémoptysie passive*.

A ces symptômes précurseurs il faut joindre la céphalalgie, les palpitations, la limpidité des urines, qui se sont montrées quelquefois, mais qui ont beaucoup moins d'importance.

Symptômes pendant l'hémorrhagie. — L'expectoration sanglante mérite d'être étudiée avec grand soin et dans ses plus légers détails; car son abondance, les qualités physiques du sang rejeté, la manière dont il est rejeté, sont très utiles à connaître, pour guider le praticien dans le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Les symptômes précurseurs ayant duré quelques heures ou plusieurs jours, ou bien ayant manqué tout à fait, on voit survenir l'hémorrhagie, dont les symptômes sont différents suivant certaines circonstances. Ordinairement c'est à un effort de toux que succèdent les premiers crachats sanglants. Lorsque l'hémoptysie est très abondante, le sang, affluant dans le pharynx, détermine des *efforts de vomissement* qui ont fait croire assez souvent que ce liquide était réellement vomi. Quelquefois la toux manque; alors le sang est rejeté par une simple expuition, et c'est surtout dans ces cas que son apparition est le premier signal de la maladie.

La *violence* de l'hémorrhagie est très variable, suivant les cas. On a vu le sang s'échapper avec tant d'impétuosité, qu'il coulait à flots, non-seulement par la bouche, mais encore par le nez, circonstance importante pour le diagnostic, et notée avec soin par Borsieri (2). Ces cas sont heureusement rares. Ils s'observent surtout lors de la rupture d'un anévrysme dans la trachée ou dans les bronches; toutefois on a cité plusieurs exemples d'une aussi effrayante perte de sang due à une simple exhalation à la surface des bronches. Nous en avons observé un à l'hôpital Saint-Antoine, chez une femme qui n'avait que quelques tubercules crus dans les pou-

(1) *Instit. med. pract.* : De cruenta expuit., t. IV, cap. II. Lipsiæ, 1798.
(2) *Loc. cit.*

mons. L'hémorrhagie fut si violente, qu'étant accouru sur-le-champ, je trouvai cette femme morte presque exsangue. Le plus souvent le sang sort avec moins d'impétuosité, et des efforts plus ou moins répétés de toux en amènent chaque fois une quantité médiocre. Enfin, parfois les crachats sont fortement teints ou mêlés de sang, et cela peut s'observer même quand l'hémorrhagie est causée par l'ouverture d'un anévrysme dans la trachée. C'est lorsque, suivant MM. Chomel et Reynaud (1), « le sang ne s'échappe qu'en petite quantité du sac anévrysmal au travers des caillots fibrineux qui le doublent. » Toutes choses égales d'ailleurs, on regarde comme plus violentes que les autres les hémoptysies essentielles produites par la pléthore ou par la suppression d'un flux de sang, et surtout du flux menstruel.

La *couleur* et le degré de *coagulabilité* du sang ont été soigneusement étudiés, mais principalement au point de vue du diagnostic différentiel. Quant aux signes que ces qualités du sang peuvent fournir pour découvrir la lésion qui en est la source, on s'en est moins occupé. Cependant on a dit que le sang sortait liquide, vermeil et spumeux dans les hémoptysies actives (artérielles de quelques auteurs); noir, non aéré, en caillots, dans les hémoptysies passives (ou veineuses). En examinant avec soin les observations, on voit que la seule cause constante de ces diverses qualités physiques du sang est la plus ou moins grande abondance de l'hémoptysie et la plus ou moins prompte expectoration du liquide. Lorsque le sang est rendu en abondance, promptement, après avoir été battu avec l'air dans les efforts de la toux, il est spumeux et vermeil. Lorsqu'au contraire il s'est amassé lentement dans les bronches, et a été rejeté, en petite quantité, par un simple effort de toux ou par une simple expuition, il peut être noir, pris en caillots et sans bulles d'air. La *coagulabilité* n'est vraiment digne de remarque que lorsque le sang a été rejeté liquide. Alors on voit que, chez les sujets pléthoriques, et principalement dans les cas d'hémorrhagie essentielle supplémentaire, il se forme promptement un caillot volumineux et ferme. Si, au contraire, le sujet est faible, anémique, scorbutique, le sang reste plus ou moins liquide, soit que ses éléments se trouvent dans un état de dissolution, soit que le sérum surabonde. Lorsque l'hémorrhagie a duré longtemps, et que les sujets sont très affaiblis, le sang, devenant séreux, reste en grande partie liquide, alors même qu'il avait présenté d'abord une grande coagulabilité.

L'*abondance* de l'expectoration sanguine peut avoir les degrés les plus divers. J. Frank a rassemblé un certain nombre de cas d'hémoptysie très abondante, où l'on voit que la quantité de sang rendue en trois heures a pu s'élever à 14 kilogrammes. La plus abondante qu'il ait vue lui-même a été de 6 kilogrammes en vingt-quatre heures. Chez la femme dont nous avons cité l'observation, et qui mourut en quelques instants, la perte de sang avait été très considérable. Lorsque l'hémoptysie est due à la rupture d'un anévrysme, elle est ordinairement très abondante. Toutefois ce qui empêche souvent l'hémorrhagie d'être excessive, c'est que, dans un bon nombre de cas graves, les bronches et le tissu pulmonaire lui-même s'engorgent promptement, et des symptômes d'asphyxie viennent hâter la mort. Ces cas sont heureusement les plus rares. Une hémoptysie est déjà regardée comme grave par elle-même, lorsque la quantité de sang rejeté s'élève à

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XV, art. HÉMOPTYSIE.

un demi-kilogramme. M. Walsh (*loc. cit.*) a noté que la première hémoptysie est généralement plus abondante que les suivantes.

Le *siége* de l'hémorrhagie est presque toujours dans la membrane muqueuse des bronches. On a vu plus haut que tous les auteurs admettent une hémoptysie provenant du larynx (*laryngorrhagie*) et une autre ayant sa source dans la trachée (*trachéorrhagie*); mais les cas en sont tellement rares, qu'on a la plus grande difficulté à en trouver un seul exemple bien authentique. Nous ne nions pas la possibilité de ces hémorrhagies muqueuses, mais nous ne voyons partout que descriptions générales sans un fait à l'appui, et cela dans les auteurs mêmes qui citent le plus d'observations. Concluons-en que les cas de ce genre, s'il en existe quelques-uns d'incontestables, sont de rares exceptions.

Quelques auteurs ont cru même pouvoir reconnaître quels étaient les vaisseaux qui fournissaient le sang expectoré. Déjà Goltz, cité par J. Frank, avait établi cette distinction, qui a été récemment reproduite par M. Graves (1) et qui est fondée sur les qualités physiques du sang rejeté. Nous y reviendrons à l'occasion du *diagnostic*.

Pendant que l'expectoration sanglante a lieu avec plus ou moins d'abondance, des *symptômes* sérieux sont constatés du côté de la poitrine. La *toux* persiste, elle revient par quintes qui activent l'hémorrhagie. La *dyspnée*, si importante pour le diagnostic, et sur laquelle Borsieri a insisté avec raison, fait souvent des progrès considérables. On voit même, lorsque l'hémorrhagie est fort abondante, survenir parfois des signes d'asphyxie. Les *douleurs* de poitrine se font encore sentir, mais très souvent elles diminuent lorsque le sang a commencé à être rejeté, et il ne reste plus qu'un sentiment de pesanteur et de plénitude.

Dans ces dernières années, on a appliqué l'*auscultation* à l'étude de l'hémoptysie, et par ce procédé on a pu reconnaître l'existence de bulles plus ou moins nombreuses, humides, larges pour la plupart, donnant toutes les nuances du *râle sous-crépitant*, soit dans les deux côtés de la poitrine, soit dans un point circonscrit, suivant que le siége de l'hémorrhagie était plus ou moins étendu. Quant à la *percussion*, elle ne fournit aucun signe lorsque la bronchorrhagie est simple; mais elle peut faire reconnaître une matité circonscrite dans un point de la poitrine, lorsque avec la bronchorrhagie il existe une apoplexie pulmonaire, ou hémorrhagie interstitielle de quelques auteurs.

Le malade lui-même a souvent la sensation de ces bruits qui se passent dans les grosses bronches, et qu'il compare tantôt à un bouillonnement, tantôt à une crépitation. Borsieri avait noté avec soin ce phénomène, soit qu'il eût entendu à distance le bruit (*strepitus*) produit dans la partie inférieure de la trachée, soit que son existence lui eût été déclarée par les malades.

Les symptômes généraux précédemment indiqués ne persistent pas longtemps chez les sujets qui n'ont qu'une hémoptysie légère, surtout si la présence du médecin est venu les rassurer. Mais si l'hémoptysie est très abondante, on en voit survenir de plus effrayants encore. La face pâlit, les extrémités sont glacées, le corps est couvert d'une sueur froide. Le besoin de respirer largement se fait sentir avec force, mais la respiration entrecoupée paraît insuffisante. Le pouls devient

(1) *Syst. of clinical med.*, extrait dans les Arch. de méd., 1833, t. III, 2e série, p. 610.

petit, fréquent, irrégulier. Des syncopes plus ou moins prolongées, des convulsions violentes (Ludwig) ne tardent pas à se manifester. Parfois, et surtout lorsque de vastes noyaux d'apoplexie pulmonaire existent, les symptômes d'asphyxie se manifestent et le malade succombe. Ces symptômes sont, comme on le voit, ceux des grandes hémorrhagies, joints aux phénomènes nerveux que fait éprouver un accident redoutable pour tous.

Chez quelques sujets, on voit, en même temps que l'hémoptysie se manifeste, survenir des ecchymoses dans diverses parties, et même d'autres hémorrhagies par les autres ouvertures du corps. Ces cas doivent être rangés parmi ceux qui ont reçu le nom d'*hémorrhagies constitutionnelles*, et dont nous avons déjà parlé à l'article *Épistaxis*.

Après la cessation de l'hémoptysie, si la perte de sang a été abondante, la langueur, la pâleur de la face, la faiblesse ; en un mot, les signes de l'*anémie* peuvent persister plus ou moins longtemps. Mais il ne faut pas, avec un grand nombre d'auteurs des siècles passés, regarder comme un résultat de l'hémoptysie, l'émaciation, le dépérissement, qui ne sont dus qu'à la phthisie pulmonaire.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de l'hémoptysie n'a rien de fixe et de régulier. Ainsi on voit des sujets avoir pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures une hémorrhagie bronchique abondante qui ne se renouvelle qu'au bout de plusieurs mois et même d'une ou plusieurs années, ce qui est rare. D'autres, pendant plusieurs jours de suite, et même quelques semaines, rejettent, à des époques variables de la journée, un peu de sang par la bouche. D'autres ont une hémoptysie presque tous les matins. Lorsque cette hémorrhagie est supplémentaire, elle revient ordinairement à une époque plus moins rapprochée de celle où paraissait le flux sanguin qu'elle remplace : elle est donc ordinairement périodique, quand elle est due à la suppression des menstrues. Enfin, on a cité des hémoptysies *intermittentes*. Récemment, M. le docteur Mazade (1) en a rapporté un exemple remarquable en ce que la maladie a paru céder au sulfate de quinine ; l'affection revenait tous les deux jours vers dix heures du matin. M. Fantonetti (2) a récemment cité deux cas semblables. Cependant, si l'on a égard à l'intermittence naturelle à cette affection, quoiqu'elle soit ordinairement irrégulière, et surtout à l'appréhension du malade, qui peut être une cause occasionnelle et puissante, on reconnaîtra qu'il serait nécessaire de posséder un nombre plus considérable d'observations pour résoudre cette question encore enveloppée de tant d'obscurité.

La *durée* de l'hémorrhagie ne saurait être limitée ; elle peut se prolonger pendant des mois entiers, en se reproduisant plusieurs fois par semaine. Elle est en général d'autant plus courte que la perte de sang est plus abondante.

La *terminaison* par la mort, qui, nous l'avons vu, peut avoir lieu par le fait seul de l'hémoptysie, ne s'observe que rarement. C'est la rupture d'un anévrysme dans les grosses bronches ou dans la trachée qui la produit le plus souvent. Ordinaire-

(1) *Revue médicale*, août 1841, p. 228.
(2) *Giorn. per serv. ai progr. della pat. e della therap.*, et *Gaz. méd.*, septembre 1824.

ment les symptômes de l'hémoptysie se dissipent, tandis que ceux de la maladie dont il est un symptôme prennent un nouvel accroissement.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques trouvées à l'ouverture des cadavres sont de deux sortes : les unes appartiennent en propre à l'hémorrhagie, elles sont légères ; les autres appartiennent aux maladies diverses dont l'hémoptysie a été pendant la vie un symptôme alarmant, elles sont très graves. Les premières consistent dans la décoloration des tissus, si le sujet est mort exsangue ; dans l'engorgement, l'injection considérable des poumons ; dans quelques noyaux d'apoplexie pulmonaire, lorsqu'à l'hémorrhagie bronchique s'est jointe l'hémorrhagie interstitielle ; dans des extravasations sanguines intéressant le tissu cellulaire, ou les organes parenchymateux, lorsqu'il y a eu hémorrhagie constitutionnelle ; enfin dans une injection de la muqueuse bronchique et la présence d'une plus ou moins grande quantité de sang spumeux ou coagulé dans les bronches. Quant aux lésions qui sont dues à d'autres maladies, ce sont principalement celles que laisse après elle la phthisie pulmonaire, quelquefois celles qui caractérisent les maladies du cœur et les anévrysmes de l'aorte. Parfois on a trouvé des ruptures d'abcès voisins des poumons, des tumeurs dans le foie, la rate, etc. ; mais ces derniers cas sont très rares et n'intéressent que très médiocrement le praticien.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Tous les auteurs ont reconnu l'importance extrême du diagnostic de l'hémoptysie. Aussi ne devons-nous pas nous étonner de voir cette partie de l'histoire d'une aussi grave hémorrhagie exposée avec un soin très grand, quoique très diversement, dans les grands traités de pathologie. Malheureusement, ce n'est pas d'après des relevés d'observations connues que ces articles ont été faits ; en sorte qu'aujourd'hui que notre manière de voir est un peu modifiée par des recherches plus attentives en anatomie pathologique, nous ne pouvons pas toujours vérifier l'exactitude des opinions des auteurs.

Parmi les divers articles publiés sur le diagnostic de l'hémoptysie, celui de Borsieri (1) est sans contredit un des plus complets et des plus remarquables ; aussi a-t-il, sauf quelques modifications, servi de modèle aux auteurs qui sont venus après lui. Il peut être, même à notre époque, consulté avec fruit.

Pour plus de clarté, nous allons diviser notre sujet en un certain nombre de questions que je discuterai successivement.

1° *Le sang provient-il des voies respiratoires?* Cette question nous conduit à distinguer l'hémoptysie des autres hémorrhagies qu'on pourrait confondre avec elle.

On a déjà vu, à l'article *Épistaxis*, que cette hémorrhagie pouvait présenter parfois des circonstances embarrassantes pour le médecin. Nous n'y reviendrons pas ici, nous bornant à reproduire le diagnostic différentiel dans le tableau synoptique. Quelquefois, ainsi que Chomel l'a observé après Borsieri, le sang, tombant

(1) *Loc. cit. : De cruenta expuitione, et specialim de hæmoptysi.*

en grande abondance dans le pharynx, provoque une toux qui, le mêlant à l'air, le rend spumeux et rutilant. L'absence de tout symptôme dans la poitrine, l'examen de l'arrière-gorge et des fosses nasales, lèveront les doutes.

Le sang rejeté par le vomissement, *lorsque l'hémorrhagie a sa source dans l'estomac*, ou bien plus rarement dans l'œsophage, est noir, pris en caillots mous, quelquefois diffluent. Ce n'est pas à la suite d'un effort de toux qu'il est rendu, mais par la contraction de l'estomac et de l'abdomen qui produit le vomissement. Le rejet du sang est ordinairement précédé de pesanteurs épigastriques, de nausées, de douleurs d'estomac. Le plus souvent, après le vomissement du sang, il survient une ou plusieurs selles noires contenant du sang. Enfin l'*hématémèse*, dans laquelle tous les signes pectoraux manquent, a lieu ordinairement dans les maladies organiques de l'estomac dont les symptômes sont souvent évidents.

Lorsque l'hémorrhagie a son siége dans la bouche ou le pharynx, un examen attentif fait reconnaître la source du sang. Quelquefois, néanmoins, elle peut être hors de la portée de la vue, comme il arriva dans un cas fort curieux rapporté par M. Aulagnier (1). Une sangsue, ayant été avalée dans un état de très grande ténuité, prit de l'accroissement, se fixa sur la partie supérieure de l'œsophage, et produisit une hémorrhagie qui ne cessa qu'avec son expulsion par un effort de vomissement. C'est un fait fort rare, mais que néanmoins il n'est pas sans utilité de connaître.

2° *Lorsque le sang s'échappe par les voies respiratoires, peut-on reconnaître s'il y prend sa source ou s'il y est versé par un organe voisin?* Ce n'est guère que dans les cas d'anévrysme de l'aorte qu'on peut être appelé à décider cette question; et, dans ces cas, si la rupture de l'anévrysme est large, on n'a pas le temps de porter un diagnostic, car la mort arrive très rapidement. La communication de l'anévrysme avec les bronches peut être très embarrassée, et l'hémorrhagie, peu abondante, avoir une certaine durée. Alors les palpitations antécédentes; la gêne de la circulation, son intermittence, sa faiblesse dans les artères radiales; la matité de la poitrine quelquefois; les battements violents ou étouffés de l'aorte; un bruit de souffle, de râpe, dans un point de son trajet; les douleurs locales, et enfin une douleur pulsative au sommet du sternum, viennent éclairer le diagnostic.

3° *Quel est le point des voies aériennes qui fournit le sang?* Vu la rareté des hémorrhagies un peu importantes du larynx et de la trachée, cette question perd beaucoup de son intérêt. Suivant Borsieri, l'*hémorrhagie laryngée et trachéale* se distingue par la faiblesse de la toux, le prurit du larynx et de la trachée, et la facilité avec laquelle le sang est rejeté par simple expuition; mais nous savons que tous ces phénomènes peuvent se présenter dans l'hémorrhagie bronchique. Disons donc, avec Chomel et Reynaud, qu'on ne doit admettre l'hémoptysie laryngée et trachéale qu'avec la réserve du doute.

4° *Peut-on savoir si le sang est fourni par les artères bronchiques ou par les dernières divisions de l'artère pulmonaire?* Nous avons vu que quelques auteurs ont cru pouvoir résoudre cette question. Goltz allait même beaucoup plus loin; il pensait qu'on pouvait distinguer le sang provenant des artères bronchiques de celui qui s'échappe de l'artère ou des veines pulmonaires, et même de la substance

(1) *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. X, p. 506.

vésiculeuse du poumon. Les signes qu'il donne, et qui consistent dans un peu plus ou un peu moins de douleur, l'abondance plus ou moins grande de l'hémorrhagie, la couleur vermeille (artères bronchiques), écarlate (veines pulmonaires), pourpre noirâtre (artères pulmonaires), n'ont point été, avec raison, regardés comme suffisants. Quant au docteur Graves, la couleur du sang expectoré est encore le signe le plus important sur lequel il se fonde, et cependant il reconnaît lui-même que le sang de l'artère pulmonaire peut devenir rouge quand il est mêlé à l'air, et que celui qui est fourni par les artères bronchiques devient noir lorsqu'il séjourne dans les bronches. Il suit de là que nous ne savons pas réellement quel est l'ordre de vaisseaux qui produit l'hémorrhagie.

5° *Étant constaté que le sang provient des voies respiratoires, peut-on reconnaître si l'hémoptysie est essentielle ou symptomatique?* C'est là la question qu'il importerait le plus de résoudre avec certitude; mais il est des cas d'une assez grande difficulté. Lorsqu'il existe une phthisie confirmée, un anévrysme ancien de l'aorte, une hypertrophie du cœur avancée, on reconnaît facilement la cause organique de l'hémorrhagie; mais en l'absence des signes évidents de ces maladies, doit-on regarder la bronchorrhagie comme essentielle? On aura quelques raisons de la croire telle, si l'hémorrhagie pulmonaire remplace un flux sanguin et surtout les menstrues, ou survient après l'omission d'une saignée habituelle; si aucun signe de dépérissement n'a précédé l'hémoptysie; si le sujet est fort, pléthorique; si, après l'hémorrhagie, un soulagement marqué se manifeste. Toutefois ce ne sont pas là des signes positifs; on a vu sans doute des sujets, dans ces circonstances, n'avoir qu'une seule hémoptysie, et d'autres en être assez fréquemment affectés sans que leur santé en fût altérée; mais combien d'autres chez lesquels l'hémoptysie était le signal d'un dépérissement qui ne s'arrêtait plus!

M. Walshe (*loc. cit.*) a posé en principe que le crachement de sang chez des personnes affectées de bronchite chronique, avec ou sans emphysème, mais sans notable maladie du cœur, doit faire craindre l'existence de tubercules latents, et que chez les femmes imparfaitement menstruées, on est en droit de suspecter l'existence de tubercules, lorsqu'on observe des hémoptysies de plus d'une once de sang. Le même auteur a constaté que la durée de l'existence n'est pas diminuée par les hémoptysies fréquentes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'hémoptysie et de l'épistaxis, lorsque, dans cette dernière hémorrhagie, le sang tombe en abondance dans le pharynx.*

HÉMOPTYSIE.	ÉPISTAXIS.
Sang rendu *à flots* ou à la suite d'*efforts de toux*.	Sang rejeté par de *simples efforts d'expuition*, ou à la suite d'une toux légère.
Sang ordinairement *vermeil, spumeux*.	Sang ordinairement *noir*, souvent en caillots.
Pas de traces de sang dans les fosses nasales, à moins d'une hémoptysie extrêmement abondante.	*Traces de sang* dans les fosses nasales.
Symptômes *du côté des poumons*; douleur, plénitude, chaleur, dyspnée, etc.; *signes de tubercules*.	Point de symptômes *pulmonaires*.

Nous ne donnons dans ce diagnostic que les signes généraux ; nous avons indiqué les exceptions dans l'article *Épistaxis.* Nous invitons le lecteur à ne pas les négliger, car elles peuvent rendre le diagnostic très difficile.

2° *Signes distinctifs de l'hémoptysie et de l'hématémèse.*

HÉMOPTYSIE.	HÉMATÉMÈSE.
Sang *rouge*, *spumeux* dans le plus grand nombre des cas.	Sang *noir*, en *caillots mous*, quelquefois *diffluents*.
Sang rejeté à la suite d'*efforts de toux* plus ou moins considérables.	Sang rejeté par le *vomissement* après des *nausées*, des *pesanteurs épigastriques*, des douleurs d'estomac, etc.
Point de matité dans la région épigastrique; *râle sous-crépitant* dans une plus ou moins grande étendue de la poitrine.	*Matité* dans la région épigastrique ; *pas de râle sous-crépitant*.
Sang *pur* ou mêlé aux *crachats*.	*Matières alimentaires* mêlées au sang.
Après l'hémorrhagie, *selles naturelles*.	Après l'hémorrhagie, selles noires, fétides, *contenant du sang*.

3° *Signes distinctifs de l'hémorrhagie bronchique et de l'hémorrhagie laryngée ou trachéale.*

BRONCHORRAGIE.	LARYNGO ET TRACHÉORRHAGIE.
Toux assez *forte*.	*Toux* plus *faible*.
Sang rejeté après les *quintes de toux*.	Sang rejeté par une *simple expuition*.
Douleurs ; pesanteurs, chaleur *dans la poitrine*.	Picotements dans le *larynx* ou dans la *trachée*.

Ce diagnostic, nous le répétons, est très incertain, attendu qu'une hémorrhagie provenant des bronches n'a assez souvent pas d'autres symptômes que ceux que l'on a attribués à la laryngorrhagie.

4° *Signes distinctifs de l'hémoptysie essentielle et de l'hémoptysie symptomatique.*

HÉMOPTYSIE ESSENTIELLE.	HÉMOPTYSIE SYMPTOMATIQUE.
Aucun signe de *phthisie*, d'*anévrysme*, ou d'autre *affection du cœur et des gros vaisseaux*.	Signes de *phthisie*, d'*anévrysme*, etc.
Sujet *fort*, *pléthorique*.	Sujet *faible*, de *mauvaise constitution*.
Perte de sang *remplaçant un autre flux* de la même nature, et surtout les *menstrues*.	Perte de sang non *supplémentaire*.
Soulagement marqué produit par l'hémorrhagie.	Généralement, *peu* ou *point d'amendement* après l'hémorrhagie.

Il est des cas, et malheureusement en trop grand nombre, où, dans les circonstances les plus favorables en apparence, les malades n'ont pas laissé d'être atteints de phthisie : ainsi qu'on ne se hâte pas de prononcer. On voit, au reste, combien il est parfois difficile de porter un jugement.

Pronostic. — Dès les premiers temps de la médecine, la gravité de l'hémoptysie a été reconnue. L'aphorisme d'Hippocrate à ce sujet a été cité des milliers de fois ; mais il faut faire une *distinction* entre le danger de l'hémoptysie, de l'hémorrhagie

elle-même, et celui de la maladie dont elle est un symptôme. Par elle-même, l'hémoptysie n'est que fort rarement dangereuse. La perte de sang peut causer la mort. C'est dans les cas d'*hémorrhagie constitutionnelle*, avec ecchymoses et extravasations sanguines dans plusieurs organes, et dans les cas de rupture d'un anévrysme dans la trachée, que le pronostic est le plus grave.

Envisagée comme simple symptôme pronostique, l'hémoptysie n'est guère moins alarmante. Rappelons-nous que M. Louis ne l'a vue, dans l'espace de trois ans, survenir que chez les tuberculeux; n'oublions pas les résultats auxquels l'étude d'un grand nombre de faits a conduit M. Walshe, et reconnaissons, avec les praticiens les plus expérimentés de notre époque, que les cas où il en est autrement sont excessivement rares.

Avant que les recherches sur la phthisie eussent acquis le degré de précision qu'elles présentent maintenant, on croyait que l'hémoptysie pouvait produire la phthisie. Morton, et après lui bien des auteurs, ont signalé une espèce de phthisie qu'ils ont appelée *phthisis ab hæmoptoe*. Aujourd'hui on regarde l'hémoptysie comme la première manifestation extérieure de la phthisie déjà existante. Cette hémoptysie a souvent, à un haut degré, les caractères de l'hémoptysie dite essentielle, et les conditions dans lesquelles elle se produit sont tellement identiques, qu'il serait téméraire de porter un pronostic favorable avant qu'un assez long espace de temps soit venu rassurer sur les suites de ce redoutable accident.

Cependant on a vu un certain nombre de cas d'hémorrhagie pulmonaire qui n'ont eu aucune suite fâcheuse. Personne ne le nie; M. Louis lui-même en admet l'existence, et c'est un fait qu'il ne faut pas oublier, pour ne pas désespérer à tort de son malade. Nous avons dit plus haut quelles étaient les circonstances les plus favorables.

Règle générale : plus on a eu d'hémoptysies, plus on est sujet à en avoir de nouvelles.

§ VII. — Traitement.

Après ce que nous avons dit de la gravité si généralement reconnue de l'hémoptysie, on doit être peu surpris de voir combien les auteurs se sont occupés de son traitement. Une foule de moyens ont été mis en pratique et préconisés avec plus ou moins de force. Il est inutile d'ajouter que généralement on ne trouve que de simples assertions, même de la part des praticiens les plus exercés. Les faits, qui seraient si utiles pour juger un grand nombre de questions, manquent absolument ou sont insuffisants; en sorte qu'on est réduit fréquemment à l'exposition pure et simple des diverses méthodes de traitement le plus généralement adoptées.

Il n'en est pas de l'hémoptysie comme de l'épistaxis. On ne peut pas négliger l'hémoptysie légère, car journellement on est appelé à secourir des sujets qui en sont affectés, et alors le crachement de sang absorbe toute l'attention du médecin, quelle que soit la maladie qui l'a produit. L'hémoptysie devient pour un certain temps l'affection principale. Or les moyens que l'on doit opposer à l'hémoptysie légère n'étant pas les mêmes que ceux qui sont réclamés par une bronchorrhagie abondante, il est utile de présenter séparément le traitement qui convient à chacune d'elles.

1° *Hémoptysie légère*. — 1° *Evacuations sanguines*. — Dès les premier

temps de la médecine, la *saignée* a été recommandée dans cette hémorrhagie comme dans les autres. On pourrait citer à ce sujet un nombre immense d'auteurs. Fernel (1) veut qu'on emploie fréquemment la *saignée du bras*, et comme à l'ordinaire, il veut qu'on saigne de préférence du côté où la douleur se fait sentir. D'autres médecins, tels que F. Hoffmann, regardent comme efficace la *saignée du pied;* mais déjà Borsieri (*loc. cit.*, cap. II, *Curatio*) avait constaté que la partie du corps où l'on pratiquait la saignée avait peu d'importance, et c'est une opinion générale aujourd'hui. Toutefois disons que si l'on veut faire une saignée large qui produise une perte considérable en peu de temps, il vaut mieux ouvrir la veine du bras, et que, lorsque l'on veut faire servir la saignée à rappeler les règles supprimées, on préfère la saignée du pied, sans que les faits prouvent que l'on ait quelquefois atteint ce but.

Quelles doivent être l'abondance et la fréquence de la saignée? Les opinions sont très variées. Fernel, Rivière, veulent qu'on saigne fréquemment et qu'on tire peu de sang à la fois. M. J. Cheyne (2) recommande de petites saignées de 150 à 180 grammes, répétées tous les six ou sept jours, dans l'hémoptysie qui s'accompagne d'un léger mouvement fébrile. F. Hoffmann pense, au contraire, qu'il vaut mieux pratiquer une légère saignée. Si l'on considère que les effets de la saignée sont très bornés, ainsi que le démontrent les observations de M. Louis (*loc. cit.*, p. 537), et si l'on songe aux conditions défavorables dans lesquelles se trouvent généralement les sujets, on sera très sobre de ce moyen. Si néanmoins le malade était fort, pléthorique, et que la perte de sang parût diminuer les accidents, il faudrait agir avec plus de hardiesse.

Quant à la valeur réelle de la saignée, il est difficile de l'apprécier; on peut dire cependant qu'il est fort rare de la voir arrêter seule l'hémoptysie, et tout nous porte à la ranger, avec Wagner (3), parmi les moyens secondaires dont, suivant cet auteur, elle est le principal.

Les *ventouses scarifiées*, les *sangsues*, appliquées sur la poitrine ou vers les parties génitales et à l'anus, dans les cas de suppression de flux, ont été plus rarement mises en usage, et leur degré d'efficacité n'est pas plus facile à apprécier. C'est encore un moyen dont le médecin ne devra user que dans un petit nombre de cas particuliers.

2° *Ventouses non scarifiées, ligature des membres.* — Quelques auteurs, et entre autres Fernel et Borsieri, recommandent les ventouses et la ligature des membres. Selon Fernel, les *ventouses* doivent être appliquées sur les hypochondres. Ce moyen ne peut être considéré que comme un adjuvant. Quant à la *ligature des membres*, elle n'est applicable que dans les cas d'hémoptysie très abondante.

3° *Vésicatoires*, *sinapismes*, *cautères.* — Mertens voulait qu'on appliquât un *vésicatoire* à la cuisse ou entre les deux épaules. On a aujourd'hui abandonné le vésicatoire de la cuisse ; on l'applique encore quelquefois entre les épaules, mais on n'a pas cité de succès bien évidents. On peut remplacer avec avantage ce topique irritant par un *large sinapisme* qu'on peut renouveler plusieurs fois. Quant au

(1) *Univ. med.*, *Pathol.*, lib. V, cap. XI, *Hæmopt.*, Coloniæ Allobrogum, 1679, p. 469.
(2) *Dublin hospital Reports*, 1830, vol. V, p. 351.
(3) *In Haller. Disp. ad morb. : De hæmopt.*, etc., vol. II, n° 55. Lausanne, 1757.

cautère, qui, d'après Rivière, doit être placé à l'une des deux jambes, il est évident que c'est contre la maladie chronique, et non contre l'hémoptysie, qu'il a été employé. En somme, ces moyens n'ont qu'une action très bornée.

4° *Astringents.* — Un très grand nombre de médicaments de cette espèce ont été opposés à l'hémoptysie. Nous signalerons d'abord le *suc d'ortie* (1) comme ayant joui d'une grande réputation d'efficacité. Amatus Lusitanus le prescrit à la dose de 120 *grammes* pendant cinq ou six jours, à prendre le matin à jeun. Il veut même que les malades mangent l'ortie cuite et préparée comme des épinards. Borsieri cite cette plante comme jouissant d'un crédit général à l'époque où il écrivait. C'est la *grande ortie* (*urtica dioica*), et non la *petite ortie* (*urtica urens*), qui était mise en usage. Les sucs de *plantain*, de *grande consoude*, de *lierre terrestre*, peuvent être employés dans les mêmes circonstances et à la même dose. Aujourd'hui ces médicaments ont beaucoup perdu de leur réputation ; cependant on les administre encore comme adjuvants; mais on ne donne plus ordinairement le suc de la plante, on se borne à prescrire l'infusion comme *tisane*.

Viennent ensuite des substances astringentes plus actives, parmi lesquelles nous retrouvons un bon nombre de celles qui ont été employées contre l'épistaxis. Nous y trouvons d'abord le *bol d'Arménie*, la *terre sigillée*, dont les anciens faisaient un si grand usage dans les pertes de sang, et le *tritoxyde de fer natif* (pierre hématite). On n'a guère administré ces substances seules ; elles font généralement partie de formules plus ou moins compliquées dont nous donnerons quelques exemples. Cependant Alexandre de Tralles (2) prescrivait ce médicament ainsi qu'il suit :

℞ Tritoxyde de fer natif.....	5 gram.	Suc de grenade...............	Q. s.

Pour donner la consistance d'un opiat. A prendre dans la journée.

Forestus a aussi recommandé la *sandaraque*, plutôt absorbante qu'astringente. Pechlen (3) dit avoir eu à se louer de l'administration des *yeux d'écrevisse*, etc., etc. Une réflexion générale s'applique à l'usage de ces diverses substances, c'est qu'elles ont toujours été administrées avec d'autres moyens plus ou moins actifs, et qu'il est impossible de démêler leur action réelle dans les observations. Voici quelques formules qui les comprennent presque toutes, ainsi que plusieurs autres médicaments, et qui montrent comment on les associait entre elles.

Fernel recommandait particulièrement l'opiat suivant :

Opiat de Fernel.

℞ Conserve de grande consoude / de roses........	àà 30 gram.	Terre sigillée..................	4 gram.
Bol d'Arménie............	4 gram.	Sirop de roses................	Q. s.

Faites un opiat. En tenir fréquemment une portion dans la bouche, et l'avaler après.

(1) Voy. *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. IX, p. 1015 ; t. X, p. 364.
(2) *De arte medica*, lib. VII, cap. I.
(3) *Miscell. nat. cur.*, ann. IX, obs. XXVII.

Sydenham (1) vante les bons effets d'un médicament plus compliqué encore : il prescrivait une poudre ainsi composée :

℞ Bol d'Arménie	35 gram.	Pierre hématite	āā 5 gram.
Racine de grande consoude pulvérisée	10 gram.	Sang-dragon	
Terre sigillée	5 gram.	Sucre	60 gram.

Mêlez. Pulvérisez finement. Dose : cinq grammes le matin et cinq le soir.

Prendre, immédiatement après chaque dose 120 grammes de l'apozème suivant :

℞ Feuilles de plantain	āā 5 gram.	Feuilles de millefeuille	5 gram.
— de ronces		Eau commune	1000 gram.

Faites bouillir pendant un quart d'heure. Ajoutez :

Sirop de grande consoude .... 60 grammes.

Mêlez.

C'est sans doute comme astringent que le *quinquina* a été recommandé par Wagner, car cet auteur ne fait aucune mention, dans les cas qu'il cite, de la périodicité que quelques médecins ont signalée dans certaines hémoptysies. Aujourd'hui les substances astringentes les plus accréditées contre l'hémoptysie sont la *ratanhia*, le *tannin*, et une substance nouvellement introduite dans la matière médicale : la *monésia*.

La *ratanhia* est devenue d'un usage assez fréquent depuis que le docteur Hurtado (2) l'a préconisée en France. Mailly (3) a cité un certain nombre d'observations d'hémoptysies dans lesquelles cette substance paraît avoir eu d'assez bons résultats. Toutefois on n'y voit pas de suppression assez rapide de l'hémorrhagie pour que le succès soit aussi évident que l'auteur semble le croire. L'hémoptysie est, en effet, une maladie qui revient à de certains intervalles, et qui ne dure pas continuellement pendant un temps fort long. Dans le plus grand nombre des cas, une observation superficielle pourrait donc faire attribuer au médicament une suspension du crachement de sang, qui n'est autre chose qu'un effet de la marche naturelle de la maladie. La première des observations de Mailly est la plus probante. M. Louis (*loc. cit.*, p. 537) cite un cas où l'administration de la ratanhia a été suivie d'une prompte suppression de l'hémoptysie. D'autres faits de ce genre ont été rapportés, mais nous n'avons pas de résumé de faits suffisant sur cet important sujet. La ratanhia est ordinairement administrée en extrait, soit en pilules, soit dans un véhicule aqueux. J'indiquerai les doses dans les *ordonnances*.

Récemment le docteur A. Latour a cité un certain nombre de cas où le *tannin* a réussi à arrêter des hémoptysies rebelles. Il a employé la formule suivante :

℞ Tannin pur	0,20 gram.	Sirop simple	Q. s.
Gomme arabique en poudre	0,80 gram.		

(1) *Process. integr.*, p. 35.

(2) *Observ. sur l'efficacité de la ratanhia, etc.* (*Journ. de méd. de Leroux*, t. XXXVII, 1816).

(3) *Quelques vues sur le traitement de l'hémoptysie*, thèse. Paris, 1821, in-4°.

Pour huit pilules. Dose : quatre par jour, de trois en trois heures. Il ne faut pas prolonger cette médication au delà de deux jours, à moins de circonstances particulières que le médecin appréciera.

Une substance végétale dont on ignore l'origine, mais qui est douée de vertus astringentes très puissantes, a été administrée contre l'hémoptysie : c'est la *monésia* (1). De nouvelles expériences sont nécessaires pour faire apprécier l'efficacité réelle de ce médicament dans la maladie qui nous occupe. On l'a administré sous diverses formes. La plus convenable est celle d'extrait. On prescrira donc :

℞ Extrait de monesia....... 1 gram. Conserve de rose............ 1 gram.

F. s. a. dix pilules. Dose : deux toutes les deux heures, dans la journée. Aux enfants, on donne chaque jour de 40 à 60 grammes de sirop de monésia (cette dose contient de 40 à 60 centigrammes d'extrait de monésia).

Une réflexion générale s'applique à l'emploi de ces diverses substances. Si l'on considère leurs propriétés, l'usage qu'on en fait journellement, et quelques succès qui paraissent assez évidents, on est porté à croire qu'elles ont un certain degré d'efficacité dans l'hémoptysie. Mais quel est ce degré d'efficacité ? Ces médicaments suffisent-ils seuls pour arrêter l'hémorrhagie, ou doivent-ils être employés concurremment avec d'autres ? Ce sont là des questions insolubles dans l'état présent de la science, et qui ne cesseront de l'être que lorsque, après avoir étudié d'une manière toute nouvelle la marche et la durée de l'hémoptysie, suivant les cas, on pourra faire des expériences thérapeutiques sur des objets bien déterminés. C'est là encore, pour les observateurs, une importante lacune à combler.

Les astringents minéraux ne sont guère employés dans l'hémoptysie. Robert Davies (2) cite un cas dans lequel l'administration de l'acétate de plomb fut suivie d'une amélioration très prompte et d'une disparition complète de l'hémorrhagie. Il prescrivit la formule suivante :

℞ Acétate de plomb..... 1,30 gram. Conserve de rose.......... 30 gram.

F. s. a. six bols, dont on prendra un toutes les deux heures.

M. le docteur Sirus-Pirondi (3) rapporte six observations en faveur de l'*acétate de plomb* administré contre l'hémoptysie. La dose du médicament est de 15 centigrammes à 1 gramme 25 centigrammes. Des douleurs de la région épigastrique et ombilicale ont quelquefois forcé de suspendre le remède ; chez un sujet aucune dose n'a pu être supportée.

On voit, dans une observation recueillie par le docteur Loevenhard (4), qu'une dose de *poudre d'alun* arrêta si subitement une hémoptysie, qu'il survint des symptômes de suffocation très graves. Les cas de ce genre sont fort rares, c'est pourquoi nous avons jugé convenable de faire connaître celui-ci. L'alun, en pareille circonstance, s'administre ainsi qu'il suit :

(1) Examen chim. et méd. de la monesia, par MM. Derosne, Henry et Payen. Paris, 1841.
(2) Med. and phys. Journal, 1808, t. XIX, p. 8.
(3) Clinique de Marseille, 1846, et Journ. des connaissances méd. chir., août 1846.
(4) Voy. Journ. de méd. et de chir. prat., t. IV, p. 281.

℞ Alun.................. 1 gram.	Gomme arabique........... 5 gram.
Sucre................. 5 gram.	

Pulvérisez et divisez en dix paquets dont on prendra de deux à cinq par jour.

Narcotiques. — Les narcotiques ont été très anciennement mis en usage. Ceux qu'on a recommandés le plus vivement sont l'*opium* et la *jusquiame*. Le premier de ces médicaments est encore ordinairement mis en usage aujourd'hui, mais ce n'est point comme substance hémostatique qu'il est administré; on le donne comme calmant, comme modérant la toux, comme portant son influence sur la respiration, qu'il rend plus facile, et par conséquent comme diminuant les causes excitantes de l'hémorrhagie pulmonaire. Quant à la *jusquiame*, plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Hartz (1) et Fr. Hoffmann, lui attribuent une vertu particulière. Le premier de ces deux auteurs administrait ce médicament de la manière suivante :

Huile de jusquiame.

℞ Feuilles de jusquiame blanche fraîchement écrasées...... 60 gram.	Huile d'olive................. 240 gram.

Faites bouillir.

Passez, et ajoutez après le refroidissement :

Huile d'amandes douces.................................... 250 gram.

On donne une cuillerée à café de ce mélange deux ou trois fois par jour.

Hartz continuait l'administration de cette huile pendant quelque temps, sans avoir égard au léger vertige qu'elle causait parfois, et qui se dissipait facilement.

Fr. Hoffmann associait la *semence de jusquiame* à d'autres substances de propriétés très différentes, ainsi que l'avait déjà fait Plater. Voici sa formule :

℞ Graines de jusquiame blanche...............	ãã 2 gram.	Nitrate de potasse............ 0,60 gram.
Yeux d'écrevisse.......		Camphre.................... 0,10 gram.

Pulvérisez et divisez en dix paquets, dont on prendra deux ou trois par jour.

Quoiqu'il soit très probable que la jusquiame n'agit dans la maladie qui nous occupe que comme calmant, il est néanmoins à désirer que son action soit étudiée mieux qu'elle ne l'a été jusqu'à présent.

M. le professeur Forget (de Strasbourg) a vanté (2) l'opium contre l'hémoptysie, médicament qui avait déjà été recommandé par un bon nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut signaler Boerhaave et Van Swieten. Il cite des observations en faveur de son efficacité.

Dans les dernières années, on a administré contre l'hémoptysie l'*acide hydro-*

(1) *Hufeland's Journ. für practische Heilkunde*, t. IX, 2e partie : *De l'efficacité de l'usage intérieur de l'huile de jusquiame dans les crachements de sang*.

(2) *Bulletin gén. de thérap.*, décembre 1844.

cyanique; mais l'expérience a prouvé que ce médicament n'avait d'autre action que de calmer la toux, et qu'il n'agissait par conséquent pas autrement que les substances précédentes. Or, comme l'acide hydrocyanique est une substance qu'il ne faut pas employer sans qu'il y ait une grande utilité, je pense qu'on doit le retrancher du traitement de cette hémorrhagie.

Vomitifs. — M. Nonat (1) a cité quelques cas dans lesquels il a mis en usage le *tartre stibié.* Cette pratique n'est pas nouvelle. Willis, Cullen, Brian, avaient déjà recommandé ce médicament, et Stoll le regardait comme le meilleur moyen contre ces hémoptysies qui, selon lui, sont de nature bilieuse. Le docteur Chapman (2), ayant vu un vomissement occasionné par une forte dose de digitale arrêter une hémoptysie, étendit cette médication à tous les cas, en substituant à la digitale le tartre stibié, vomitif plus sûr, et il affirme qu'il l'a fait avec succès, mais il ne fournit pas d'observations. M. Levrat-Perrotton (de Lyon) (3) rapporte un cas assez concluant : Un émétique ayant été administré à l'époque où devait apparaître une *hémoptysie abondante* qui se reproduisait assez régulièrement tous les mois, l'hémorrhagie, que rien n'avait pu jusqu'alors empêcher, et qui avait occasionné un dépérissement notable, ne parut pas; elle fut dès lors supprimée, et la santé ne tarda pas à se rétablir. La dose employée par M. Levrat-Perrotton est la suivante :

℞ Un demi-looch blanc.

Ajoutez :

Tartre stibié .... 0,15 gram.

A prendre en trois ou quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Après avoir donné cette dose pour procurer de nombreux vomissements, M. Chapman conseille de continuer pendant quelques jours le tartre stibié, mais seulement à *dose nauséeuse.*

Ce dernier auteur emploie plus fréquemment encore l'*ipécacuanha,* qui lui paraît mieux remplir les diverses indications présentées par les différents cas, mais il n'entre pas à ce sujet dans des détails suffisants. Au reste, il administre ce médicament comme l'émétique, c'est-à-dire qu'après l'avoir donné à *dose vomitive* (1 à 2 *grammes*), il le continue à *dose nauséeuse* (0,15 à 0,30 *grammes*).

Le docteur Joly (4) a rapporté deux cas dans lesquels une hémoptysie abondante et rebelle fut arrêtée par l'émétique à la dose de 40 centigrammes, dans 160 grammes d'eau gommée. Il y eut deux vomissements et une selle; puis la tolérance s'établit et l'hémoptysie cessa. M. Rufz accorde une assez grande valeur à cette médication.

On voit qu'il y a encore beaucoup à faire pour déterminer la valeur réelle de cette médication. Nous devons ajouter qu'aujourd'hui on n'est nullement dirigé dans l'emploi des vomitifs par la considération du *caractère bilieux* que p.

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 et 30 octobre 1840, p. 207.
(2) *Thoughts on the use of emetics*, etc. (*Lond. med. and surg. Journ.*, 1828, t. II, p. 326).
(3) *Hémoptysie guérie par l'émétique* (*Transact. med.*, avril 1833).
(4) *Journ. de méd. de la Soc. des sciences med. et nat. de Bruxelles*, 1843.

présenter la maladie. Stoll, qui a cherché cette indication avec tant de soin dans toutes les affections, dit (1) que, dans les cas où l'hémoptysie bilieuse était traitée par la saignée, il en résultait une grande débilité consécutive et de fréquentes récidives. Qui ne voit qu'il regarde comme effets du traitement les progrès de la phthisie, cause première de l'hémorrhagie? Cet auteur, dont le diagnostic était si superficiel dans ce cas, ne peut évidemment faire autorité. S'il obtenait de bons résultats des vomitifs, c'est parce que, suivant ce qui vient d'être dit, ces médicaments ont quelque utilité dans l'hémoptysie en général, et non parce que les hémoptysies étaient bilieuses.

Diurétiques. — Déjà Juncker (2), F. Hoffmann, et bon nombre d'autres auteurs, avaient fait l'éloge du *nitre* administré contre l'hémoptysie, mais en l'associant à plusieurs autres substances de vertu fort différente. Gaudineau (3) en a fait la base du traitement. Il a rassemblé environ soixante observations qui prouvent, selon lui, l'efficacité de ce moyen; mais il n'en cite que trois. Il est fâcheux que Gaudineau n'ait pas analysé toutes ces observations et recherché avec soin quelle était la durée de l'hémoptysie pendant ce traitement; car tout est là. On ne peut trop le redire, l'hémoptysie est un accident qui disparaît ordinairement de lui-même, pour reparaître au bout d'un temps plus ou moins long. Pour prouver que le traitement a contribué à sa disparition, il faut de toute nécessité entrer dans de grands détails sur la durée et l'abondance de l'hémorrhagie, ainsi que sur la manière dont elle a été supprimée. Quoi qu'il en soit, voici la formule de Gaudineau :

℞ Eau gommeuse.....	200 gram.	Sirop de sucre.............. 15 gram.
Nitrate de potasse...	de 8 à 15 gram.	

Mêlez. Cette potion doit être prise tout entière dans les vingt-quatre heures ; dans les cas graves, on en prescrit deux.

Wagner employait l'*acétate de potasse*, mais il ne donne aucun détail sur l'action de ce médicament.

Le docteur Henriette (4) a associé, ainsi qu'il suit, le seigle ergoté à la digitale :

℞ Ergot de seigle........	1,50 gram.	Eau de tilleul édulcorée........ 120 gram.
Teinture de digitale.....	1,25 gram.	

A prendre par cuillerées tous les quarts d'heure.

Le *seigle ergoté* a été prescrit dans cette hémorrhagie comme dans toutes les autres. M. Gambini (5) cite un cas dans lequel une hémoptysie abondante, qui avait résisté aux saignées, aux boissons acides, au froid, fut promptement arrêtée par la prescription suivante :

℞ Seigle ergoté pulvérisé.............................. 4 gram.

Divisez en six doses. A prendre de dix en dix minutes.

(1) *Ratio medendi*, pars III, p. 9. Paris, 1787.
(2) *Conspect. med. : De hæmopt.* Halæ, 1724.
(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. VI.
(4) *Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier 1848.
(5) *Annal. univ. di med.*, mars 1831.

Quoique MM. Spajrani, Pignacia, Negri (1), Arnal, etc. (2), aient cité plusieurs faits [illegible], ils sont encore assez rares, et de nouvelles expérimentations sont nécessaires à ce sujet.

Enfin, M. Milcent (3) a rapporté trois observations d'hémoptysie dans lesquelles on voit l'hémorrhagie s'arrêter pendant l'administration de la *potion de Chopart*.

On peut, à propos de cette dernière médication et des précédentes, se demander si, dans la plupart des cas où l'hémoptysie s'est arrêtée pendant qu'on les mettait en usage, il ne faut pas attribuer cette suspension à la marche naturelle de la maladie plutôt qu'à l'action du médicament. C'est une question que les auteurs ne se sont pas assez faite. Nous y reviendrons à l'article consacré à la *Phthisie*.

Restent maintenant quelques substances qui ne peuvent, tout au plus, être administrées que comme simples adjuvants : telles que l'*huile de lin*, à l'aide de laquelle Rayger prétend avoir guéri un grand nombre d'hémoptysies ; l'*huile d'amandes douces*, le *miel* (Hoffmann), etc. Il serait facile d'étendre cette liste, mais il n'y aurait aucune utilité.

En ajoutant aux moyens qui viennent d'être indiqués les *précautions générales* (repos, silence, décubitus, etc.) qu'il faut prendre dans tous les cas, et qui seront exposées à la fin de cet article, on a le traitement de l'hémoptysie médiocrement abondante. Voyons maintenant ce qu'il faut faire, dans le cas où l'hémoptysie est abondante et grave par elle-même.

2° *Hémoptysie très abondante.* — Lorsque la perte de sang est telle que par elle-même elle inspire des craintes sérieuses pour les jours du malade, ou seulement lorsqu'elle cause une débilité générale et une anémie inquiétante, on met en usage des moyens qui, dans une hémoptysie de médiocre abondance, sont inutiles et pourraient être très dangereux. Nous allons les passer en revue.

Froid. — Comme dans toutes les hémorrhagies abondantes, on a recours à l'action du froid pour arrêter le sang. On a toujours été sobre des applications froides *à l'extérieur :* on le conçoit facilement quand on songe que le siége du mal est dans les poumons, et que presque tous les sujets ont la *poitrine délicate*, pour me servir d'une expression généralement employée. Cependant Mertens, et après lui Borsieri, ont vivement recommandé les applications d'*eau froide* sur les bras et sur les jarrets. Rivière veut qu'on les fasse sur le scrotum, et plusieurs auteurs ont affirmé qu'ils avaient retiré de bons effets de ces applications faites sur la poitrine même. Pour que ces moyens, et surtout le dernier, soient mis en usage, il faut qu'il y ait un grand danger, car le diagnostic étant presque toujours incertain, on aurait le plus grand tort, si l'on n'y était forcé par l'extrême gravité du mal, d'exposer à l'action d'un froid intense des sujets déjà atteints probablement de phthisie pulmonaire. Quand on veut agir plus vigoureusement, on a recours à la *neige* et à la *glace*. Quelques auteurs ont proposé l'*oxycrat*, mais il n'agit pas autrement que l'eau froide.

Nous rappellerons ici le moyen employé par M. Voillemier (voy. *Épistaxis*) contre l'*épistaxis*. On sait que ce chirurgien arrêta une hémorrhagie nasale très abondante en faisant évaporer de l'*éther* sur le front. L'application de ce

(1) *Annal. di med.*, 1830-31.
(2) *Mém. de l'Acad.* de méd. Paris, 1849, t. XIV, p. 408 et suiv.
(3) *Bulletin gén. de thérap.*, 1848.

moyen à l'hémoptysie est des plus simples; la compresse étant placée sur la poitrine, on y verserait rapidement l'éther. Il est permis de penser que la rapidité avec laquelle l'action réfrigérante se dissipe empêcherait la production des accidents déterminés par l'application prolongée de liquides froids sur le thorax.

A l'intérieur, on administre des *boissons froides*, de la *glace*. Déjà Cælius Aurelianus, qui faisait aussi usage de ces moyens *à l'extérieur*, avait proclamé leur efficacité. Borsieri est un de ceux qui ont exposé cette partie du traitement avec le plus de soin. Il veut qu'on n'ait recours à l'usage de l'eau froide en boisson que dans les cas où il n'y a aucun signe d'inflammation ni aucune altération des poumons. Nous n'avons pas besoin de dire combien ces restrictions rétrécissent pour nous le champ de cette médication active.

TRAITEMENT PAR LES BOISSONS FROIDES (BORSIERI).

Cet auteur prescrivait *toutes les demi-heures*, *nuit et jour*, 250 à 300 grammes d'eau très froide et frappée de glace. Il n'accordait *aucune espèce d'aliments* pendant la durée de ce traitement, qui était quelquefois de huit jours, et qui ne cessait, dans tous les cas, qu'avec le crachement de sang.

Des fragments de glace, qu'on laisse fondre dans la bouche, remplissent fort bien l'indication.

Acides. — Les acides ont commencé à être employés à une époque très reculée. C'est d'abord le *vinaigre* qui a été mis en usage, avec le *suc de citron;* puis on a prescrit la *limonade sulfurique* ou *hydrochlorique*, et au commencement de ce siècle, le docteur Henning (1) a cité un cas dans lequel on vit disparaître l'hémoptysie, après l'administration de 10 à 12 *gouttes d'acide phosphorique* données toutes les heures pendant une journée.

Nous répéterons ici ce que nous avons dit à l'occasion des boissons froides : il faut être prudent dans l'administration des acides. L'acide phosphorique, en particulier, ne me paraît pas devoir être employé avant que de nouvelles expériences aient bien fait connaître son action, qui n'est probablement pas différente de celle des autres acides. Quel que soit au reste celui qu'on emploie, il faut, comme tous les praticiens l'ont recommandé, l'unir à une forte proportion d'une substance qui l'empêche de provoquer la toux, et que nous indiquerons dans les ordonnances.

Moyens divers. — C'est principalement dans les hémoptysies abondantes qu'on a conseillé la *ligature des membres;* les *grandes ventouses* du docteur Junod, en attirant vers les extrémités une très grande quantité de sang, auraient les mêmes résultats.

Les médecins des siècles derniers accordaient une grande influence au *régime lacté :* l'un prescrivait du *lait de chèvre*, l'autre du *lait de vache*, etc.; il est inutile de dire que ce régime agissait comme adoucissant et calmait par là quelques-uns des accidents de la phthisie pulmonaire. Il en est de même de la *poudre de limaçon* conseillée par Fernel. Nous n'insisterons pas sur ces détails.

Tels sont les moyens qui sont généralement employés, et dont un certain nombre méritent quelque confiance. Reste maintenant à examiner quelques questions importantes relatives à des cas particuliers.

(1) *Med. and phys. Journal*, 1803, t. IX, p. 388.

1° *Dans les cas où une hémoptysie paraît remplacer un flux sanguin, quelle doit être la conduite du médecin?* Les auteurs sont d'accord pour recommander de n'employer aucun moyen hémostatique très actif, en pareille circonstance, à moins toutefois que l'hémorrhagie ne soit très abondante ; et que la perte de sang ne constitue un accident fort grave. En général, on cherche à rappeler, par des moyens divers, les flux supprimés. Dans l'aménorrhée, on applique des sangsues aux parties génitales; on expose le bassin à la vapeur de l'eau bouillante; on emploie les lavements purgatifs, les substances emménagogues, etc. Dans la suppression du flux hémorrhoïdal, les mêmes moyens sont mis en usage; seulement les sangsues sont appliquées à l'anus ; on introduit dans le rectum un suppositoire avec l'*aloès*, etc. Dans l'épistaxis, on met une ou deux sangsues à l'entrée de la narine; on prescrit les *sternutatoires*. Il n'est pas rare de voir ces moyens manquer le but qu'on veut atteindre. C'est ce qui est arrivé bien des fois dans les tentatives faites pour le rappel des règles; et la raison en est bien simple : souvent la suppression des menstrues est, comme l'hémoptysie, un symptôme de la phthisie pulmonaire; or, chacun sait quelles difficultés insurmontables on trouve alors à rappeler le flux sanguin.

2° *Est-il des cas dans lesquels il faut chercher à reproduire l'hémoptysie trop brusquement arrêtée?* Nous avons sous les yeux une observation du docteur Lœvenhard (1) qui présente de l'intérêt sous le rapport pratique. Chez une femme de quarante-six ans, qui avait déjà eu plusieurs hémoptysies, on administra, dans le cours d'un nouveau crachement de sang, de la *poudre d'alun* dont la dose n'est pas indiquée, et aussitôt l'hémorrhagie s'arrêta. Alors la dyspnée, qui avait existé dès le début, augmenta considérablement, et la suffocation devint imminente. Un grand nombre de moyens ayant été employés sans succès, le docteur Lœvenhard imagina de donner le *soufre doré d'antimoine* à dose vomitive. Le vomissement provoqua la toux, qui détermina à son tour le rejet d'une quantité notable de sang coagulé, et tout rentra dans l'ordre. Quoiqu'un seul fait soit peu concluant, cet exemple ne doit pas être perdu pour le praticien, qui pourra, dans un cas semblable, essayer le même moyen, en remplaçant toutefois le soufre doré d'antimoine par un vomitif plus usité, et principalement par l'émétique.

3° *Est-il des espèces d'hémoptysies auxquelles conviennent plus particulièrement quelques-uns des médicaments indiqués plus haut?* Si l'on consulte quelques auteurs, et en particulier J. Frank, il semble qu'on doive avoir un traitement différent pour chacune des nombreuses espèces d'hémoptysies admises par des motifs très divers ; mais je me suis expliqué sur ces minutieuses divisions qui n'ont pas de base solide. Je me bornerai donc à dire que quelques circonstances capitales doivent seules diriger le praticien. S'il s'agit d'une hémoptysie médiocre, sans caractère particulier, de celle, en un mot, qui est la plus fréquente, parce qu'elle est due à la phthisie pulmonaire, des moyens simples, les émollients, les opiacés, quelques astringents suffisent. Dans les cas d'hémoptysies abondantes, s'il y a des signes de pléthore, si la congestion vers la poitrine paraît intense, on peut pratiquer la saignée, et si l'écoulement du sang persiste au delà des limites, il faut avoir recours au froid *à l'intérieur* et *à l'extérieur*. Enfin, si l'on avait affaire à une de ces

(1) *Journ. de méd. et chir. prat.*, t. IV, p. 281.

hémorrhagies constitutionnelles, avec pétéchies et ecchymoses sur tout le corps, dans lesquelles les malades rejettent une quantité considérable de sang [illegible] diffluent ou très séreux, les *acides* et les astringents les plus puissants auraient la préférence. Telles sont les seules indications un peu précises qu'on puisse établir; nous ajoutons qu'elles ne sont nullement absolues, et que le médecin, loin de s'astreindre à traiter les divers cas par quelques médicaments déterminés, doit les avoir tous présents à l'esprit, car les circonstances sont très variables.

Résumé, ordonnances. — Les considérations précédentes nous conduisent naturellement à indiquer, dans un nombre suffisant d'ordonnances, les médicaments qui conviennent le plus à certains cas déterminés.

Ire Ordonnance.

TRAITEMENT DE L'HÉMOPTYSIE LÉGÈRE.

1° Pour tisane :

℞ Racine de grande consoude... 15 gram. | Eau commune............. 500 gram.

Faites bouillir pendant un quart d'heure.

Ajoutez :

Sirop de coing... 30 gram.

A prendre par grands verres.

2° ℞ Extrait d'opium... 0,3 à 0,5 gram. | Conserve de rose........... 0,15 gram.

F. s. a. une pilule, à prendre tous les soirs.

3° Tous les matins, un manuluve sinapisé.

4° Diète lactée.

Ces moyens très simples sont suffisants pour modérer l'hémorrhagie, qui bientôt s'arrête d'elle-même. Si elle résistait, ou si, sans être très abondante, elle était assez considérable pour inspirer quelques inquiétudes, on aurait recours aux moyens suivants :

IIe Ordonnance.

HÉMOPTYSIE REBELLE ET INQUIÉTANTE.

1° Pour boisson :

℞ Acide tartrique cristallisé... 2 gram. | Sucre..................... 60 gram.
Oléo-saccharum de citron.... 1 gram. | Eau...................... 1000 gram.

A prendre par grands verres.

Si la toux était trop forte, il vaudrait mieux prescrire :

Racine de ratanhia.................................... 15 gram.

Faites bouillir pendant vingt minutes dans

Eau... 1000 gram.

Passez et édulcorez avec

Sirop de grande consoude............................. 70 gram.

2° ℞ Extrait de ratanhia en poudre.	1,50 gram.	Sirop de coing	Q. s.
Conserve de roses rouges...	4 gram.		

Faites dix bols dont on prendra un toutes les deux heures.

On peut aussi prescrire des pilules de tannin (voy. p. 561), ou de monésia (p. 562).

3° Appliquer sur les lombes un ou plusieurs sinapismes.

4° Prescrire l'huile de jusquiame de Ha[illegible] (voy. p. 563), ou la poudre de Fr. Hoffmann (p. 563).

5° Même régime que dans le cas précédent.

Si ces médicaments étaient insuffisants, on pourrait mettre en usage la médication *vomitive* et *diurétique* pour laquelle je ne présenterai pas d'ordonnances, les détails dans lesquels je suis entré me paraissant satisfaisants. Nous nous bornons aussi à rappeler les *sucs d'herbes astringentes* (voy. p. 560), qu'on pourra allier aux médicaments précédents. Voyons maintenant ce qu'il faut prescrire dans les hémoptysies alarmantes.

IIIe Ordonnance.

HÉMOPTYSIE ABONDANTE CHEZ UN SUJET VIGOUREUX.

1° Pour boisson :

℞ Acide sulfurique à 66°	5 gram.	Sirop de guimauve	110 gram.
Mucilage de gomme arabique..	90 gram.	Eau commune	1500 gram.

Mêlez. A boire par grands verres.

2° Une saignée du bras, de trois palettes, ou mieux une saignée d'une palette, répétée le soir et le lendemain, s'il est nécessaire.

3° Nombreuses ventouses non scarifiées, appliquées sur les hypochondres et entre les épaules (Fernel).

4° *Dans les cas de suppression d'un flux*, moyens propres à le rappeler.

5° Diète absolue.

IVe Ordonnance.

HÉMOPTYSIE AYANT DÉJÀ CAUSÉ UNE GRANDE PERTE DE SANG.

1° Donner fréquemment à boire de l'eau glacée, ou faire fondre de la glace dans la bouche.

2° Appliquer sur les parties génitales, sur les aines, les plis du coude, les jarrets, des compresses trempées dans l'eau glacée ; ou bien faire vaporiser rapidement de l'éther sur la poitrine.

3° Prescrire le *julep antihémorrhagique* indiqué à l'article *Épistaxis*.

4° Ligature des membres.

5° ℞ Alun	0,50 gram.	Extrait thébaïque	0,15 gram.
Cachou	1,50 gram.		

Pour quatre pilules, dont on prendra une le matin et une le soir.

6° Pour tout aliment, du bouillon froid.

V° Ordonnance.

HÉMOPTYSIE AVEC PÉTÉCHIES ET ECCHYMOSES.

1° Limonade sulfurique, *ut suprà.*

2° *Julep antihémorrhagique.*

3° Quinquina gris en poudre...	10 gram.	Sirop de grande consoude......... Q. s.
Extrait de ratanhia pulvérisé.	1 gram.	

Faites des bols de 50 centigrammes. Dose : quatre le matin et quatre le soir.

4° L'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur, comme dans le cas précédent.

5° Manuluves et pédiluves sinapisés.

6° Bouillon froid.

Dans le cas particulier pour lequel est faite cette ordonnance, il faut insister principalement sur l'emploi des acides.

Tel est le traitement de cette hémorrhagie si effrayante pour les malades. Je n'ai point parlé du traitement de l'hémoptysie intermittente, parce que les faits de ce genre qui ont été mentionnés ne m'ont pas paru suffisamment nombreux. Si cette hémorrhagie présentait une intermittence régulière se rapprochant d'un des types connus, on devrait lui appliquer *le traitement des fièvres intermittentes*, qu'il est inutile d'indiquer ici. Restent maintenant des précautions à prendre qui s'appliquent à tous les cas, et que nous allons réunir ici.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES DANS LES CAS D'HÉMOPTYSIE.

1° Le médecin ne laissera voir sur son visage aucun signe d'inquiétude ; il montrera au contraire la plus grande confiance, afin de relever le moral abattu du malade.

2° Celui-ci, débarrassé de tout vêtement, sera placé dans un lit de manière que la tête soit notablement plus élevée que le tronc.

3° La température de la chambre sera maintenue à un degré peu élevé.

4° On préviendra tout mouvement qui ne sera pas indispensable. On favorisera la défécation par des laxatifs.

5° Le silence le plus absolu sera recommandé ; on engagera le malade à ne pas céder trop facilement à l'envie de tousser.

6° On éloignera toute cause d'émotion morale.

7° On prolongera pendant quelques jours le régime sévère auquel on aura soumis le malade pendant l'hémoptysie.

Traitement prophylactique. — Plusieurs auteurs anciens, et entre autres Rivière (1) et Ludwig, se sont étendus sur les moyens prophylactiques, qui consistent principalement dans l'emploi de quelques légers purgatifs, principalement de la rhubarbe, d'un exutoire permanent et d'une tisane rafraîchissante. Il suffit de cette indication, car rien ne prouve que ces moyens aient eu l'effet que l'on en attendait.

(1) *Prax. med., lib. VII, cap.* VI, p. 110.

Régime. — Borsieri est entré dans de grands détails au sujet du régime et de la manière de vivre. Il recommande principalement le laitage, les farineux, les parties gélatineuses des animaux (les pieds de veau, etc.). Il prescrit aussi le changement d'air, l'exercice à cheval et en voiture ; enfin il recommande de tenir le ventre libre, et de pratiquer une saignée proportionnée à la force du sujet, environ tous les trois mois. La plupart de ces moyens sont généralement mis en usage.

Tel est le traitement de cette hémorrhagie ; il a besoin, de même que l'étiologie et le diagnostic, d'être étudié avec plus de méthode qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Espérons que cet appel sera entendu, car c'est un beau sujet d'étude pour les observateurs, que cette affection si fréquente et d'un pronostic si grave.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Hémoptysie légère.* — Faibles évacuations sanguines, ventouses non scarifiées, vésicatoires, sinapismes ; astringents, narcotiques, vomitifs, laxatifs, diurétiques, potion de Chopart. Si l'hémoptysie présente un caractère périodique, employer le traitement des fièvres intermittentes.

2° *Hémoptysie abondante.* — Employer les moyens précédents ; plus, l'action du froid à l'intérieur et à l'extérieur ; les acides, la ligature des membres.

ARTICLE II.

BRONCHITE AIGUË.

Avant d'aborder l'histoire de la bronchite aiguë, nous dirons quelques mots de la bronchite en général, et exposerons les raisons qui nous ont fait adopter une division un peu différente de celles qui ont été proposées par les auteurs. C'est le seul moyen de bien déterminer le sujet que nous allons traiter.

La bronchite, comme toutes les affections qui occupent les voies respiratoires, a, pendant bien longtemps, été confondue avec plusieurs autres maladies ; c'est pourquoi Laennec a pu dire avec raison (1) que, malgré sa fréquence, elle est moins bien connue que beaucoup de maladies rares. Mais dans ces dernières années, et grâce surtout aux travaux de l'illustre médecin que nous venons de citer, l'histoire de la bronchite a acquis un degré de précision jusqu'alors inconnu. Ce n'est pas toutefois que nous possédions un très grand nombre d'observations de bronchite aiguë simple ; mais cette maladie est si fréquente, et les symptômes en ont été si souvent observés avec soin, qu'à quelques nuances près, la maladie est connue dans ses plus petits détails.

Les anciens, sous le nom de *toux* et de *catarrhe*, décrivaient toutes les espèces de bronchites ; mais dans le dernier siècle on a établi un certain nombre de divisions qui ne sont pas toutes généralement admises, et dont j'indiquerai seulement les principales. Sauvages (2) n'admet que trois ordres de bronchite. Le premier pour titre *Rheuma catarrhale* : c'est le rhume proprement dit ; le second est intitulé *Rheuma epidemicum* : c'est, à proprement parler, la *grippe* ; et enfin, sous

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, 3ᵉ édit., t. I, p. 126.
(2) *Nosologia methodica*. Amstelodami, 1768, t. I, p. 686.

le titre d'*Anachatarsis*, cet auteur comprend les divers flux bronchiques, parmi lesquels se trouve la *bronchorrhée*, dont on fait encore aujourd'hui une espèce particulière.

Laennec, après avoir, dans sa première édition, divisé simplement cette maladie en *catarrhe aigu* et *catarrhe chronique*, a plus tard adopté des divisions plus multipliées. Ainsi, pour lui, il y a : 1° un *catarrhe muqueux aigu ;* 2° un *catarrhe muqueux chronique ;* 3° un *catarrhe pituiteux*, qui n'est autre chose que la bronchorrhée; 4° un *catarrhe sec ;* 5° un *catarrhe convulsif*, nom sous lequel il désigne la coqueluche; 6° un *catarrhe symptomatique ;* et 7° enfin un *catarrhe suffocant*.

Cette division de Laennec nous paraît essentiellement vicieuse. La prédominance de tel ou tel symptôme suffisant à cet auteur pour faire des espèces particulières, il en résulte des divisions inutiles, et, ce qui est bien plus grave, la réunion sous le même titre de maladies qui ont des caractères essentiels très distincts, comme la coqueluche et la simple bronchite.

Dans les autres traités généraux, on s'est borné à diviser la bronchite en *bronchite aiguë*, qui comprend la bronchite épidémique, en *bronchite chronique* et en *bronchorrhée*. Nous croyons, d'après les faits, devoir adopter une division un peu différente.

Après avoir parcouru attentivement les observations les mieux faites, nous avons vu qu'il y avait : 1° une *bronchite simple*, plus ou moins aiguë, plus ou moins étendue, et dans laquelle on doit comprendre le *catarrhe suffocant aigu*, autrement connu sous le nom de *bronchite capillaire générale*, et la *bronchorrhée aiguë*, qui n'a rien de particulier que l'abondance du liquide excrété, comme nous le ferons voir à l'occasion du diagnostic; 2° une *bronchite chronique*, nom sous lequel nous réunissons la bronchite proprement dite, le catarrhe sec de Laennec et la bronchorrhée chronique; 3° la *bronchite pseudo-membraneuse*, à laquelle quelques auteurs ont donné le nom de *croup bronchique*.

Telles sont les trois seules divisions qui nous paraissent devoir être admises. Quant au *catarrhe asthénique* décrit par les auteurs anglais, le diagnostic ne nous paraît pas assez bien établi pour qu'on soit parfaitement convaincu que cette maladie, qui, d'après ces auteurs, ne sévit que chez les enfants très jeunes et chez les vieillards, soit une simple bronchite et non une pneumonie.

C'est à la première des trois espèces que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire à la *bronchite aiguë simple*, que cet article est exclusivement consacré.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *bronchite aiguë* est l'inflammation simple de la membrane muqueuse des bronches. Les anciens pensaient, et Laennec a défendu cette opinion, que le *catarrhe pulmonaire*, nom sous lequel ils désignaient généralement cette maladie, tenait le milieu entre une simple congestion et l'inflammation proprement dite; pour plusieurs même, il n'était autre chose qu'un *simple flux*. Depuis longtemps l'anatomie pathologique a fait justice des idées qui faisaient descendre les humeurs du cerveau dans les divers organes, d'où elles s'échappaient ensuite en formant les divers flux catarrhaux; mais quelques médecins admettent encore l'opinion de Laennec, qui cependant ne saurait résister, comme on le verra plus loin, à l'étude des symptômes et de l'anatomie pathologique.

Les noms principaux sous lesquels cette maladie est connue sont les suivants : *rhume de poitrine*, *catarrhe pulmonaire*, *fièvre catarrhale*, *destillatio pectoris*, *catarrhus*, etc. Le nom de *bronchite* est généralement employé aujourd'hui, et mérite d'être conservé comme exprimant la nature de la maladie, dont il indique le siége.

La *fréquence* de cette affection est, comme chacun sait, très grande. Il est rare, en effet, qu'on n'en soit pas atteint au moins une fois chaque année, et très fréquemment elle se présente sous forme épidémique. Il est inutile d'insister davantage sur un fait aussi connu.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Comme toutes les inflammations superficielles des voies respiratoires, la bronchite aiguë paraît n'avoir besoin, pour se développer, que d'une très faible prédisposition. Tous les *âges* y sont sujets. J. Frank prétend que les enfants, les adolescents et les vieillards y sont les plus exposés. Peut-être que la plus grande gravité de la bronchite, à ces différents âges, attire plus particulièrement l'attention.

Cet auteur met encore au nombre des causes prédisposantes le *sexe féminin*, la *vie sédentaire*, la *convalescence*, les *maladies graves*, l'*épuisement*; mais le degré réel d'influence de ces causes n'est pas parfaitement déterminé. Wintringham (1) prétend que les individus *mutilés* sont, plus souvent que les autres, affectés de cette maladie; c'est là une assertion singulière qui manque de preuves.

Les *saisons* les plus favorables au développement de la bronchite aiguë sont le commencement du printemps et de l'automne. C'est alors principalement qu'elle se présente sous forme épidémique.

Telles sont les seules causes prédisposantes qui méritent d'arrêter notre attention.

2° Causes occasionnelles.

Nous ne possédons pas de travail bien précis sur les causes qui peuvent déterminer la bronchite aiguë. On admet généralement que l'*impression du froid*, surtout lorsque le corps est en sueur, l'action du *froid humide sur la tête et sur les pieds*, le *passage du chaud au froid*, la *suppression* trop prompte des *vêtements d'hiver*, sont les principales causes occasionnelles de cette maladie. « Cependant, dit Laennec (2), le passage un peu brusque d'une température froide à une température plus douce produit, surtout au commencement du printemps, un grand nombre de rhumes. » On se demande si cette observation de Laennec est bien exacte, et si une simple coïncidence entre le début de la maladie et le passage du froid au chaud ne lui en aurait pas imposé. Une *irritation directe* sur la membrane muqueuse par des vapeurs âcres, comme celles du chlore et des acides, peut aussi déterminer la bronchite; mais, comme le fait remarquer Laennec, l'inflammation est généralement alors légère et de courte durée.

(1) *De morbis quibusdam comment.* Londini, 1782.
(2) *Traité de l'auscultation*, t. I, p. 138.

§ III. — Symptômes.

Les *symptômes* sont très différents sous le rapport de leur intensité; les soins à donner aux malades ne diffèrent pas moins, suivant que la bronchite est *légère* et *apyrétique*, ou *grave* et *accompagnée de fièvre*. Lorsqu'elle occupe une *très grande étendue*, elle constitue une maladie très redoutable et dont les signes sont effrayants. Ces raisons m'engagent à décrire séparément : 1° la bronchite légère et apyrétique; 2° la bronchite intense fébrile; 3° la bronchite capillaire générale.

1° BRONCHITE LÉGÈRE.

Cette affection, qui tantôt succède à un coryza peu intense, et tantôt attaque d'emblée les bronches, s'annonce d'abord par une légère *irritation* dans le larynx et la trachée, ou simplement à la racine des bronches. Bientôt cette irritation provoque la *toux*, qui à son tour augmente l'irritation locale. Il s'y joint, au bout d'un temps ordinairement fort court, une *oppression* légère, un sentiment de *constriction* derrière le sternum, et enfin une légère *difficulté de la respiration.*

A cette époque, la toux est encore sèche, et les malades font, pour détacher le corps étranger qui leur paraît fixé dans les bronches, des efforts assez grands, mais sans résultat. Après douze ou vingt-quatre heures de cet état plus ou moins pénible, la toux, toujours provoquée d'une manière irrésistible par les *titillations*, détermine l'*excrétion* d'une petite quantité de sérosité légèrement salée et filante. Bientôt après, les malades rejettent quelques petits crachats irréguliers, nacrés, et, comme l'a remarqué Laennec, ordinairement teints de matière noire pulmonaire. Enfin, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, la toux devient plus facile, moins irrésistible; elle n'occasionne plus de déchirements dans les bronches, et détache avec facilité des crachats opaques, jaunâtres, non aérés, non striés, évidemment muqueux. Il se passe, en un mot, dans la profondeur de la poitrine, les mêmes phénomènes que nous avons pu suivre de l'œil dans l'inflammation de la membrane pituitaire.

Pendant l'existence de tous ces symptômes, les autres fonctions ne sont nullement troublées. Le malade continue à vaquer à ses affaires; il conserve son appétit; il ne présente aucun symptôme de fièvre; il est, sous tous les autres rapports, dans un état parfait de santé. Cependant on remarque fréquemment qu'après les repas, après l'ingestion de boissons froides et de mets irritants, la toux devient momentanément plus fréquente, la douleur et l'oppression augmentent, ainsi que l'excrétion des crachats. Quelques sujets éprouvent aussi, sans avoir un mouvement fébrile bien marqué, une sensibilité plus grande qu'à l'ordinaire à l'action du froid.

2° BRONCHITE INTENSE, FÉBRILE.

Comme la précédente, elle peut faire suite à un coryza aigu, ou débuter d'emblée par la poitrine. Dans le premier cas, on remarque, au moment où les symptômes du coryza commencent à diminuer, un léger embarras, une faible irritation dans le larynx, la trachée et même le pharynx; ce que l'on reconnaît à un peu de raucité, à la douleur fixée à la partie antérieure du cou, à une légère difficulté dans la déglutition : symptômes qui peuvent persister plus ou moins longtemps dans le cours de la maladie. Parfois cependant le larynx, la trachée et le

pharynx ne présentent rien de remarquable, et l'irritation se fait tout d'abord sentir à la racine des bronches.

Bientôt les symptômes augmentent avec rapidité. La *douleur* derrière le sternum, la *toux* et l'*oppression* se déclarent, et la maladie est confirmée. La *fièvre*, dont l'intensité est très variable, tantôt précède les symptômes qui viennent d'être indiqués, et tantôt ne se manifeste qu'au bout d'un certain temps de leur durée, ce qui établit une très grande différence dans les divers cas.

1° *Symptômes locaux.* — La *douleur* derrière le sternum est le premier symptôme qui se manifeste. Elle n'acquiert pas d'abord son plus haut degré d'intensité, et consiste souvent, dans les premiers moments, qu'un simple sentiment de gêne ou de tension; mais en quelques heures elle fait des progrès sensibles, et devient parfois déchirante dans les efforts de toux. Son siége est ordinairement limité à la région moyenne du sternum; mais quelquefois, et surtout chez les sujets très sensibles, on la voit s'irradier aux parties latérales de la poitrine et même au dos, ainsi que l'a constaté J. Frank. Nous avons vu des symptômes de névralgie intercostale se manifester chez les personnes sujettes à cette maladie, et simuler le point de côté de la pneumonie. Je reviendrai sur ce sujet à l'occasion du diagnostic. Assez fréquemment, la douleur sous-sternale remonte jusqu'à la partie supérieure de la trachée et au larynx, où elle consiste surtout en picotements qui provoquent la toux d'une manière irrésistible, en même temps qu'il se déclare une *sécheresse* notable de la trachée et des bronches, mêlée d'un pénible sentiment d'*ardeur*.

La *toux*, incessamment provoquée par les titillations qui existent dans les grosses bronches, est sèche, pénible, et détermine de violents efforts de la part du malade, comme pour chasser un corps étranger contenu dans la poitrine. Elle a lieu d'une manière continue, mais elle n'a pas la même fréquence à toutes les heures de la journée; elle est ordinairement plus forte le matin et le soir. Lorsque la bronchite est très intense, elle cause souvent l'insomnie. Chaque effort de toux augmente considérablement la douleur sous-sternale : aussi les malades s'efforcent-ils parfois de résister au besoin de tousser. Ils y parviennent pendant un certain temps; mais enfin ce besoin devient tellement impérieux, que la toux éclate malgré eux. Lorsqu'elle est très forte, elle peut déterminer des vomissements, soit par la contraction forcée du pharynx, soit par le passage difficile des crachats dans cette partie, soit par la simple contraction du diaphragme. En même temps, la *respiration* devient difficile, pénible; il semble que l'air ne peut pas pénétrer au delà des grosses bronches. Les parois de la poitrine sont plus fortement soulevées qu'à l'ordinaire, et la respiration se fait d'une manière bruyante. Ces phénomènes ont lieu principalement lorsqu'à la suite d'un coryza un peu intense il y a enchifrènement, et que le malade est obligé de respirer par la bouche; alors aussi l'air arrivant dans les grosses bronches plus directement et avec plus de force, les titillations de la trachée sont notablement augmentées, et le besoin de tousser devient plus violent. Ces espèces de redoublements des symptômes locaux ont lieu principalement le soir.

Une autre cause de ces exacerbations de la suffocation est due, dans un certain nombre de cas, à un obstacle à l'entrée de l'air dans les bronches signalé par M. le docteur Gairdner (1). Ce médecin s'est, en effet, assuré par de nombreuses dissec-

(1) *On the pathol. anatomy of bronchitis and the diseases of the lung connected with bronchial obstruction.* Edinburgh, 1850.

tions qu'il arrive fréquemment dans la bronchite intense que des masses de mucus consistant et tenace obstruent des ramifications bronchiques d'un certain calibre ; d'où résulte ce qu'il a appelé le *collapsus des bronches*, qui n'est autre chose que la *carnification* ou *état fœtal* signalé principalement dans la broncho-pneumonie des enfants. Or une portion de l'arbre bronchique se trouvant par là soustraite à l'action de l'air, il doit en résulter une grande gêne de la respiration, jusqu'à ce que les efforts de l'expiration aient chassé l'espèce de soupape formée par le mucus, et que l'air puisse de nouveau pénétrer librement. Nous aurons plusieurs fois à revenir sur ces recherches de M. Gairdner, dans l'histoire des maladies des bronches et de l'emphysème pulmonaire en particulier.

Les *crachats*, à l'époque de la maladie que nous décrivons, sont, comme dans la bronchite légère, d'abord nuls, puis simplement séreux et filants. Les grands efforts de la toux, qui paraissent au malade devoir le débarrasser, n'amènent pas d'autres résultats, ce qui l'engage à redoubler d'efforts, mais encore inutilement ; enfin, au bout de vingt-quatre à trente-six heures, on commence à apercevoir, au milieu du liquide séreux, de petits noyaux opalins qui annoncent la formation des crachats.

Les symptômes que nous venons de décrire, après avoir duré deux ou trois jours, et quelquefois plus longtemps, se modifient de la manière suivante. La douleur de la poitrine s'apaise et ne reprend que par moments sa première intensité ; mais il n'est pas rare de voir survenir à la base du thorax, dans les points correspondants aux attaches du diaphragme, une douleur contusive, augmentant considérablement dans les efforts de la toux. Cette douleur est principalement produite par des contractions brusques, violentes et fréquemment répétées des muscles ; néanmoins il faut remarquer qu'elle est en général d'autant plus vive et se manifeste d'autant plus tôt, que la fièvre est plus intense.

La toux devient plus facile, plus grasse, et le malade sent manifestement que la matière de l'expectoration se détache avec plus de facilité.

La respiration est moins anxieuse, l'oppression moins grande, et le soulagement est surtout notable après l'expectoration.

Les crachats sont volumineux, opaques, jaunes, jaune verdâtre ou d'un blanc sale ; ils sont lourds, gagnent le fond du vase quand on les met dans l'eau, ne sont pas aérés, ou ne présentent que quelques bulles d'air. Quelquefois ils nagent dans un liquide transparent ; d'autres fois ils paraissent se mêler à une petite quantité de salive battue. Ils perdent alors le goût salé, et prennent un goût fade.

L'*auscultation* a fourni de précieux moyens pour reconnaître certains symptômes locaux dont je n'ai point encore parlé. Ces symptômes ont reçu de Laennec le nom de *signes pathognomoniques* du catarrhe pulmonaire. Lorsque l'inflammation n'atteint que les grosses divisions des bronches, ce qui n'est pas le cas le plus fréquent dans la bronchite fébrile, on n'entend d'abord qu'un *râle sonore grave*, un *râle sibilant*, vers la partie moyenne et postérieure de la poitrine; puis ce semble s'irradier, mais sans jamais paraître très superficiel ailleurs qu'au eau des racines des bronches. Lorsque les mucosités se détachent avec plus de facilité, on entend des *râles muqueux*, à bulles grosses et irrégulières dans les points où existait le râle sonore sibilant. Si l'inflammation atteint une partie des extrémités des bronches, l'auscultation fait reconnaître l'existence du râle sous-

crépitant, dont le siége est fixé à la partie postérieure et inférieure de la poitrine. Ce râle occupe en général une étendue d'autant plus considérable que la maladie est plus intense ; lorsqu'il envahit la presque totalité de la poitrine, la bronchite est d'une gravité telle, que nous avons cru devoir consacrer un article particulier à cette forme redoutable. C'est presque toujours de bas en haut que se propage le râle sous-crépitant. Il occupe en même temps les deux côtés de la poitrine, ce qui est très important pour le diagnostic. Il envahit ordinairement une plus grande étendue d'un côté que de l'autre, et presque toujours du côté droit.

La *percussion* ne donne que des résultats négatifs, mais qui n'en sont pas moins précieux pour le diagnostic. La poitrine conserve, dans tout le cours de la maladie, sa sonorité normale, à moins de complication, ou, comme l'a fait remarquer M. Gairdner (1), d'obstruction des bronches par le mucus, d'où résulte le collapsus d'une portion du poumon qui donne lieu, lorsqu'une assez grande portion de l'arbre bronchique est imperméable à l'air, à une obscurité du son assez marquée.

2° *Symptômes généraux*. — Lorsque la *fièvre* précède l'apparition des symptômes locaux, la maladie est annoncée par des frissons vagues et légers; quelques bouffées irrégulières de chaleur, une sensibilité plus grande aux variations de température. Il survient le soir un redoublement plus ou moins marqué ; on observe alors une chaleur intense, parfois accompagnée de sueur. Dans les observations rapportées par M. Bouillaud (2), on voit que le pouls peut s'élever jusqu'à 108 pulsations; il est dur, plein et résistant.

Lorsqu'au contraire la fièvre suit l'apparition des premiers symptômes locaux, les phénomènes qui viennent d'être indiqués se manifestent avec beaucoup moins d'intensité. Le plus souvent il n'y a qu'une sensibilité anormale à l'impression du froid, et un petit mouvement fébrile survenant le soir, en même temps qu'une augmentation plus ou moins marquée des symptômes pectoraux.

L'*appétit* est toujours diminué, et quelquefois complétement perdu. Dans ce dernier cas, on constate aussi une *soif* plus ou moins vive. La langue est blanchâtre, pâteuse, souple, humide. On n'a pas mentionné de vomissements ou de nausées indépendamment des efforts de toux : c'est cependant ce que l'on observe parfois chez les enfants très jeunes. Il existe souvent une légère constipation, et quelquefois, au contraire, un peu de diarrhée. Quand ce dernier symptôme se manifeste, une partie des membranes muqueuses de l'économie est affectée, ce qui a fait donner aux cas de ce genre le nom de *fièvre catarrhale*.

Enfin Laennec a remarqué chez certains sujets une *ardeur insolite des urines*, qui étaient sédimenteuses, et des *pollutions nocturnes*, phénomènes qui indiquent un certain degré d'irritation de la vessie et du canal de l'urèthre; mais ce sont là des symptômes accessoires et exceptionnels.

Tels sont les symptômes de la bronchite aiguë d'une médiocre étendue. Il ne nous reste plus maintenant à parler que de la forme à laquelle on a donné le nom de *bronchorrhée aiguë*, et de la *bronchite* générale.

Bronchorrhée aiguë. — En examinant avec soin les observations de la bronchorrhée aiguë, on ne tarde pas à se convaincre que cette maladie ne diffère en rien

(1) *Loc. cit.*, p. 26.
(2) *Clinique médicale* de l'hôpital de la Charité, Paris, 1837, t. II, p. 337.

de la bronchite, si ce n'est par l'abondance de la matière excrétée. Dans l'une et dans l'autre, en effet, nous trouvons la douleur sous-sternale, l'oppression, la toux, et à l'ouverture des sujets, on constate des signes non équivoques d'inflammation des bronches. Il ne faudrait peut-être faire une exception que pour les cas semblables à celui qui a été rapporté par M. Andral (1), et dans lequel un sujet affecté d'un hydrothorax symptomatique et d'un anévrysme du cœur, étant pris tout à coup d'une anxiété extrême et d'une gêne très grande de la respiration, rejeta une quantité énorme de crachats séreux, semblables à du blanc d'œuf cru.

« Ce flux extraordinaire, dit M. Andral, persista pendant quelques heures. Le lendemain matin, la respiration était facile; le malade se félicitait de son état, disant qu'il était délivré du poids énorme qui pesait sur sa poitrine. Mais quel fut notre étonnement lorsqu'en percutant le thorax, nous trouvâmes que la matité du côté droit avait complétement disparu! » On devrait, disons-nous, reconnaître, avec M. Andral, que cette expectoration est le résultat d'un simple flux et non d'une inflammation, s'il était bien démontré qu'il n'y a pas eu communication entre la cavité de la plèvre et les canaux bronchiques. Nous faisons cette réflexion, parce que les cas dans lesquels les communications de ce genre ont eu lieu et ont produit l'évacuation du liquide contenu dans les plèvres ne sont pas aujourd'hui très rares; nous en citerons, en effet, plusieurs dans l'histoire de la *pleurésie*. Quant aux cas désignés sous le nom d'*asphyxie par écume bronchique*, il est facile de voir, en lisant les observations, qu'il s'agit de bronchites complicantes, survenues vers la fin d'autres maladies et alors que les malades ne peuvent plus expectorer.

Il suit donc de ce qui précède : 1° que, dans le plus grand nombre des cas, les faits cités comme des bronchorrhées aiguës sont de simples bronchites avec sécrétion plus abondante qu'à l'ordinaire, et auxquelles on peut, si l'on veut, donner le nom de *bronchite bronchorrhéique*, comme l'a fait M. Bouillaud; 2° que, dans les cas où il n'existait pas d'inflammation, on n'a pu connaître d'une manière bien positive la véritable source du liquide.

Parfois la bronchite bronchorrhéique se présente sous forme d'accès éloignés, ainsi que Laennec (*loc. cit.*) en a rapporté un exemple d'après Robert Bree. Le sujet de l'observation est une femme qui fut prise tout à coup d'une oppression avec anxiété extrême, et d'une toux peu forte, mais continue, qui lui fit rendre une énorme quantité de sérum écumeux. Au bout de quelques heures, l'accident cessa. Un mois après, nouvel accès beaucoup plus violent; invasion subite après un sommeil tranquille; suffocation imminente, perte de connaissance, lividité de la face, refroidissement des extrémités, pouls insensible; toux violente et convulsive pendant laquelle la malade rejeta quatre pintes de sérum écumeux légèrement teint de sang. On trouve dans les recueils de médecine quelques cas de ce genre, qui néanmoins doivent être considérés comme des exceptions rares.

3° BRONCHITE CAPILLAIRE GÉNÉRALE.

Cette forme de la maladie, qui, par l'intensité de ses symptômes et par sa gravité, mérite une description particulière, a été, sous des noms assez divers, l'objet

(1) *Clinique médicale*, 3ᵉ édit., t. III, p. 247, obs. 18ᵉ.

d'un grand nombre de recherches ; mais on peut dire qu'elle n'a commencé à être bien connue que dans ces derniers temps. Sous les noms de *peripneumonia notha, exanthematica, catarrhalis, catarrhus suffocativus, catarrhe suffocant*, plusieurs auteurs, tels que Sydenham, Sauvages, Morgagni, Cullen, Lieutaud, ont décrit, à n'en pas douter, des cas de bronchite capillaire générale ; mais n'ont-ils pas aussi décrit d'autres affections du poumon, et en particulier de véritables pneumonies, que leurs moyens d'exploration ne leur permettaient pas de reconnaître ? Laennec a conservé à cette forme de la bronchite le nom de *catarrhe suffocant*, et en a tracé une description intéressante, quoique incomplète.

Plusieurs auteurs anglais, parmi lesquels il faut citer particulièrement MM. Ch. Badham (1), Elliotson (2) et James Copland (3), ont donné le nom de *bronchite asthénique* à la maladie désignée par les expressions de *peripneumonia notha* et de *catarrhe suffocant*. Dans ces derniers temps, M. Fauvel (4) a décrit à la fois, sous le nom de *bronchite capillaire purulente et pseudo-membraneuse*, l'inflammation pure et simple qui s'étend à la presque totalité de l'arbre bronchique, et celle qui donne lieu à la formation de fausses membranes. Quant à moi, je crois devoir réserver pour un article particulier la *bronchite pseudo-membraneuse* ou croup bronchique, et tracer ici rapidement l'histoire de la bronchite capillaire générale, qui n'est autre chose qu'une bronchite simple rapidement étendue à la plus grande partie des extrémités des bronches.

Les *enfants* y sont principalement sujets. D'après les auteurs anglais, elle affecterait aussi très fréquemment les *vieillards*, mais des observations concluantes nous manquent pour fixer notre opinion à cet égard. Un service de deux ans, fait à la Salpêtrière, m'a convaincu qu'on pouvait aisément se laisser induire en erreur par de véritables pneumonies, dont les phénomènes stéthoscopiques ne sont pas parfaitement positifs à toutes les époques de la maladie. Néanmoins j'ai vu trois cas de bronchite générale chez des vieilles femmes ; mais il faut remarquer que ces malades étaient très sujettes à des rhumes intenses, et qu'elles avaient un emphysème pulmonaire très prononcé. Les *adultes* ne sont pas exempts de cette affection, comme le prouve une observation extrêmement intéressante de M. Fauvel (5), et dont le sujet était un adulte fort et vigoureux. J'ai vu un cas à peu près semblable chez une femme de trente-sept ans, affectée d'hystérie et d'emphysème pulmonaire (6). M. Chambert (7) a cité aussi des cas observés chez les adultes. Il s'agissait, selon toute apparence, de bronchites chez des emphysémateux ; car on continuait l'alimentation, ce qu'on n'aurait assurément pas fait dans des cas de bronchite capillaire générale primitive et fébrile.

Les *causes* qui déterminent cette affection ne diffèrent pas des causes de la bronchite précédemment décrite ; seulement, par une disposition qui nous est

(1) *An Essay on bronchitis* (*London med. Reposit.*, 1816, t. IV, p. 63).
(2) *Lectures on the theor.*, etc. (*The London med. Gaz.*, 1833, t. XII, p. 97).
(3) *Dictionary of pract. med.*, part. I, p. 246.
(4) *Rech. sur la bronchite capill aire*, thèse. Paris, 1840.
(5) *Arch. de méd.*, 3e série, 1841, t. X, p. 260.
(6) Depuis lors M. Valleix en a observé des cas nombreux, et a publié, à ce sujet (*Bull. gén. de thér.*, avril 1847), un travail que nous aurons à citer plus loin.
(7) *Mémoire sur la bronchite capillaire et sur son traitement par l'émétique à doses réfractées* (*Gazette méd.*, juillet 1846).

inconnue, une beaucoup plus grande étendue de l'arbre bronchique se trouve rapidement envahie, et de là vient la gravité des symptômes ainsi que le danger.

En général, la maladie *débute* comme un simple rhume d'une intensité variable; l'oppression, la douleur sous-sternale, la fièvre, l'inappétence, la céphalalgie, avec une toux fréquente, douloureuse, et une expectoration difficile voilà les symptômes qui se montrent au début. On peut alors constater, à la partie postérieure et inférieure de la poitrine et des deux côtés, comme dans la bronchite de médiocre intensité, du râle sous-crépitant qui ne s'étend qu'au tiers ou à la moitié de la hauteur du thorax. Mais bientôt les ces symptômes prennent une intensité insolite, et voici l'état que présentent les malades :

Facies pâle, teinte violacée des lèvres, yeux saillants; expression d'une vive anxiété; dilatation des narines à chaque inspiration; agitation, changements fréquents de position. Les enfants les plus âgés et les adultes se mettent à leur séant, et penchent la tête en avant, ou la soulèvent en s'appuyant sur le coude. *Anhélation,* dilatation énergique du thorax, respiration par moments bruyante et stertoreuse, plus tranquille après l'expectoration. *Toux* violente, humide, revenant souvent par quintes, mais sans caractère particulier.

Chez les très jeunes enfants, pas d'expectoration; chez les autres, *expectoration* difficile d'une matière plus ou mois épaisse, non aérée, d'un blanc jaunâtre et de mucosités filantes, parfois mousseuses et striées de sang.

Cette sécrétion abondante de mucosités visqueuses a une très grande importance, car alors que l'inflammation commence à tomber et qu'on peut espérer le rétablissement du malade, elles peuvent, surtout s'il s'agit d'un très jeune enfant, déterminer la *mort par asphyxie*. Nous avons vu un cas (1) qui a été sur le point de se terminer de cette manière. Il s'agissait d'un enfant de cinq semaines dont le larynx était tellement obstrué par les mucosités, qu'il tomba plusieurs fois dans un état de *mort apparente* semblable à celle des enfants nouveau-nés, et d'où il ne put être tiré que par l'insufflation d'abord et ensuite par l'enlèvement répété des mucosités.

Voix non altérée, parole brève et saccadée. *Douleur* déchirante sous le sternum; oppression extrême. Pouls accéléré, variant chez les enfants observés par M. Fauvel, de 124 à 160 pulsations.

Les autres symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui ont été décrits à propos de la bronchite médiocrement étendue.

Au bout d'un temps plus ou moins long, les forces venant à s'épuiser, la toux devient moins vigoureuse et l'expectoration plus difficile. La respiration est plus embarrassée et toujours stertoreuse. La face s'injecte fortement, ainsi que les conjonctives. Expression de terreur profonde, position bizarre pour éviter le décubitus dorsal. Les sujets se courbent en avant, se couchent à plat ventre, laissent pendre leur tête hors du lit, ou cherchent à s'élancer au-devant de l'air qui leur manque. Le pouls devient misérable, augmente de fréquence, et quelquefois ne peut être compté. Sécheresse de la peau, alternant avec la sueur. Somnolence habituelle, interrompue par des exacerbations momentanées, que

(1) *De l'utilité de l'enlèvement des mucosités dans la bronchite chez les enfants* (*Union méd.*, 22 avril 1852).

déterminent une quinte de toux, l'action de boire ou l'expectoration. Quelquefois on observe un peu de délire et d'agitation la nuit, et la mort ne tarde pas à survenir.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, on voit, après plusieurs alternatives de mieux et de plus mal, la fièvre cesser peu à peu; l'expectoration devient facile et abondante; l'oppression se dissipe, et le malade marche rapidement à la convalescence.

L'*auscultation* fait reconnaître dans la poitrine l'existence de râles très nombreux et extrêmement étendus : d'abord, c'est presque toujours un râle sous-crépitant sec, quelquefois très fin, disséminé dans toutes les parties du thorax, plus gros et plus humide vers la racine des bronches. Plus tard on entend un râle muqueux à grosses bulles, du râle ronflant, sibilant, et une sorte de raclement qui indique la difficulté avec laquelle l'air traverse les canaux bronchiques.

Laennec a indiqué comme un bon signe la sensation du mouvement des mucosités qui remplissent les bronches, et qu'on reconnaît plus souvent par l'application de la main, dans le catarrhe suffocant, que dans toute autre espèce.

La *percussion* donne, en général, des résultats négatifs, ou bien elle fait reconnaître une exagération de la sonorité de la poitrine. Il faut cependant faire une exception pour les cas où il y a une *obstruction bronchique* interceptant l'air dans une étendue considérable; car alors, d'après les observations de M. Gairdner (1), il y a dans ce point *obscurité du son* coïncidant avec l'absence de la respiration. Suivant Laennec, il y aurait également, aux approches de la mort, une diminution du son à la base du thorax, signe qui indique la congestion séreuse ou sanguine des poumons. C'est probablement dans le catarrhe suffocant, observé chez des sujets attaqués d'œdème du poumon ou de quelque autre maladie mortelle, qu'il a constaté ce phénomène; mais nous n'avons pas fait entrer ces deux espèces dans ma description, car, dans ces cas, la bronchite est une simple complication.

Si l'on a suivi avec soin cette description, on reconnaîtra facilement que toutes les particularités qu'elle présente sont dues uniquement à la grande étendue de l'inflammation. Ce sont, en effet, uniquement des signes d'asphyxie causés par la difficulté de l'hématose, produite elle-même par l'obstruction de tous les conduits aériens, et par l'impossibilité dans laquelle se trouve l'air de se mettre en contact avec la muqueuse, à travers une couche de matière épaisse et collante. Il n'est pas besoin, pour expliquer ces phénomènes, d'admettre, comme Laennec semblerait porté à le faire, « une paralysie de quelques-unes des puissances qui, dans l'état naturel, produisent l'excrétion du mucus pulmonaire. » On a vu, au contraire, avec quelle énergie agissent ces puissances, jusqu'à ce que les forces soient abattues par les progrès croissants de l'asphyxie. Pour les mêmes raisons, on ne saurait admettre la nature asthénique de cette bronchite, qui donne lieu à de si violents phénomènes de réaction. Si les enfants, les vieillards et les sujets affectés d'une fièvre exanthémateuse y sont plus sujets que les autres, c'est que, dans toutes ces circonstances, les inflammations ont une plus grande tendance à se produire et s'étendre rapidement. Laennec (*loc. cit.*) a dit avec raison : « Le catarrhe suffocant n'est pas une maladie particulière, mais un accident qui peut arriver dans plusieurs cas divers. »

(1) *Loc. cit.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la *bronchite légère* est ordinairement très rapide. Cette affection disparaît fréquemment au bout de trois ou quatre jours.

La *bronchite fébrile* a également une marche aiguë, mais sa durée est plus longue et plus variable. Elle peut être de deux semaines, et même de plus d'un mois. Quelquefois, ainsi que l'a fait remarquer Broussais, par suite de la négligence de toute espèce de soins, il y a plusieurs attaques successives qui en prolongent la durée. En pareil cas on constate fréquemment que la première attaque est plus intense que les suivantes. Celles-ci sont annoncées par une exaspération de la douleur et par la suppression de l'expectoration, auparavant facile. Chomel et Blache (1) reconnaissent à cette affection trois *périodes* distinctes. La *première* est caractérisée par la douleur et l'expectoration d'un liquide transparent ; la *seconde*, par l'humidité de la toux et une plus grande consistance des crachats, et la *troisième* par l'opacité de ces crachats et la diminution des autres symptômes. C'est alors, suivant ces auteurs, que l'urine devient plus abondante et sédimenteuse, et qu'il survient quelquefois une légère diarrhée. Ces périodes ne sont pas toujours, à beaucoup près, aussi tranchées ; parfois on voit, sous l'influence de causes très diverses, les phénomènes de la première se reproduire dans le cours des deux autres. C'est surtout après les repas, et le soir, que se manifestent ces légères exacerbations.

Il est fort rare que la bronchite soit franchement *intermittente*. Cependant on cite quelques exemples de cette forme, commune à tant de maladies diverses. Nous n'indiquerons que celui qui est rapporté par M. le docteur Bouchard (2), et dans lequel la bronchite à type tierce apparaissait avec intensité à dix heures du soir pour disparaître entièrement à quatre heures du matin.

Quant à la *bronchite capillaire générale*, sa marche est très rapide et presque toujours graduellement ascendante. Sa durée, dans les cas observés jusqu'à présent, a été de six à huit jours.

La bronchite légère, ainsi que la bronchite fébrile, occupant une médiocre étendue, ne se termine pas par la mort, à moins de complications. Il n'en est pas de même de la bronchite capillaire générale, qui entraîne presque toujours la mort des sujets.

Dans un cas observé par M. Martin-Solon (3), la bronchite prit un caractère gangréneux, qui se manifesta par l'odeur caractéristique des crachats et par leur couleur grisâtre. Cette *terminaison par gangrène* est très rare. Dans ce cas, la gangrène était sans doute très superficielle, car le malade guérit rapidement.

§ V. — Lésions anatomiques.

C'est surtout dans les cas où la mort a été causée par une autre maladie, qu'on u observer les lésions qui appartiennent à la bronchite légère ou de médiocre tensité. On a trouvé dans les grosses bronches la rougeur, l'épaississement, le

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. VI, 1843, art. BRONCHITE AIGUE.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1837, t. VIII, p. 229.
(3) *Journ. des connaissances méd.-chir.*, janvier 1849.

ramollissement et l'aspect granulé de la muqueuse. Dans les petites ramifications des bronches, ces altérations se manifestent principalement par la perte de transparence de la membrane. Les canaux aériens sont obstrués par un mucus plus ou moins abondant, épais, quelquefois rougeâtre et visqueux, et quelquefois puriforme. Les ramifications bronchiques qui s'étendent au delà sont soustraites à l'entrée de l'air, d'où résulte le *collapsus du poumon* (Gairdner), ou *état fœtal* (Legendre et Bailly, etc.). Suivant Chomel et Blache, les ganglions bronchiques sont assez souvent rouges et gonflés chez les jeunes sujets.

Dans la *bronchite capillaire générale*, on observe les mêmes altérations de la muqueuse, et une oblitération presque complète de toutes les bronches par une matière puriforme, épaisse, adhérente, peu ou point aérée. Ces canaux offrent une dilatation uniforme, partielle ou générale. Dans les cas observés par M. Fauvel, il y avait un emphysème vésiculaire du lobe supérieur des deux poumons, et deux fois un emphysème interlobulaire. Chez le plus grand nombre des sujets, on observait des granulations purulentes disséminées çà et là dans le poumon, mais surtout à la superficie du lobe inférieur. M. Gairdner a rencontré de véritables *abcès disséminés*. Les ganglions bronchiques sont rouges et friables chez les enfants. Les cavités droites du cœur et tout le système veineux sont distendus par le sang, et les organes cérébraux et abdominaux sont congestionnés par suite de cette stase sanguine.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la *bronchite légère* ne présente aucune difficulté ; les symptômes décrits plus haut, avec l'absence de matité et de tout bruit anormal dans la poitrine, ou seulement avec quelques bulles de râle muqueux et un peu de râle sonore dans les grosses bronches, suffisent pour faire éviter toute erreur.

Dans la *bronchite fébrile* et occupant une partie des ramuscules bronchiques, le diagnostic devient un peu plus important. On distingue cette maladie de la *pneumonie* commençante, aux caractères suivants : la douleur siége le plus souvent derrière le sternum ; elle est plutôt contusive que pongitive ; elle s'accompagne de titillations dans la trachée et dans les grosses bronches. Ces signes ne sont pas néanmoins pathognomoniques ; car, dans un certain nombre de cas, la douleur a des caractères semblables à ceux de la pneumonie. On leur accordera donc beaucoup moins d'importance qu'aux suivants. Le mouvement fébrile, même lorsqu'il apparaît dès le début, est médiocrement intense, la poitrine est sonore à la percussion, sauf les exceptions signalées par M. Gairdner, et le râle sous-crépitant que l'on entend à sa partie inférieure existe des *deux côtés*. Ce dernier signe, sur lequel M. Louis a, dans ses leçons, attiré l'attention d'une manière toute particulière, doit être noté avec le plus grand soin. Depuis que cet excellent observateur en a signalé la valeur, on évite bien des erreurs de diagnostic dont auparavant n'étaient pas exempts les plus habiles. Dans la pneumonie commençante, la douleur est ordinairement poignante, et existe, soit sous le mamelon, soit dans un des côtés de la poitrine. La dyspnée est considérable, la fièvre ordinairement intense. On trouve presque toujours une obscurité du son dans un point de la poitrine correspondant au bruit anormal, et enfin le râle crépitant, quand il existe seul, ne se fait entendre que d'*un côté* de la poitrine. Presque toujours aussi il y a, dès ce moment, une excrétion de crachats rouillés, orangés, etc., qui n'existe pas dans la

bronchite. A une époque plus avancée, la respiration bronchique et la matité que l'on constate dans la pneumonie lèvent tous les doutes. Il est un cas où le diagnostic est très obscur : c'est lorsqu'il existe une de ces pneumonies lobulaires qui surviennent ordinairement dans le cours d'une bronchite capillaire. On reconnaît alors l'existence de la bronchite; mais, faute de signes suffisants, la pneumonie lobulaire est méconnue.

J'ai vu plusieurs cas dans lesquels l'existence d'un emphysème pulmonaire considérable et une disposition toute particulière aux douleurs nerveuses donnaient à la maladie un aspect particulier et la faisaient ressembler à une pneumonie d'une manière plus sensible que cela n'a lieu ordinairement.

Dans ces cas, une douleur névralgique occupant un côté du thorax simulait le point de côté de la pneumonie; la dyspnée était intense, l'agitation vive, le mouvement fébrile considérable; mais quoique le râle sous-crépitant occupât la moitié inférieure environ des deux côtés de la poitrine, la sonorité de cette cavité, loin d'avoir éprouvé la moindre diminution, était au contraire augmentée, et les crachats n'offraient aucun caractère des crachats pneumoniques.

La *phthisie* à marche aiguë présente aussi des symptômes qui pourraient, dans les premiers temps, la faire prendre pour une simple bronchite; mais les douleurs plus ou moins vives au sommet du thorax, les hémoptysies, le son obscur que l'on trouve sous l'une ou l'autre des clavicules ou sous les deux à la fois, le râle sous-crépitant qui existe dans les mêmes points, l'amaigrissement rapide, etc., ne peuvent pas laisser longtemps le médecin dans l'incertitude.

L'existence d'une pleurodynie jointe à la bronchite pourrait faire croire à une *pleurésie ;* mais l'absence de la matité et d'une diminution plus ou moins marquée de la respiration vient bientôt éclairer ce diagnostic, qui est bien moins important que le précédent.

Le diagnostic de la *bronchite capillaire générale* mérite de nous arrêter un moment. Au début, on a pu la confondre avec l'invasion d'une fièvre éruptive; mais l'absence des frissons, des vomissements et du coryza de la rougeole, du larmoiement, de la toux et de l'angine de la scarlatine, des douleurs lombaires de la variole, et la présence dans toute la poitrine du râle sous-crépitant disséminé, font reconnaître, ainsi que l'a remarqué M. Fauvel, l'existence de la bronchite.

Suivant cet auteur, on distingue la bronchite capillaire générale de la *pneumonie lobulaire* par la dyspnée plus intense, l'anxiété extrême, l'étendue du râle sous-crépitant dans toute la poitrine, et par les symptômes d'asphyxie, qui n'existent point ou qui sont beaucoup moins marqués dans la pneumonie lobulaire au début.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la bronchite fébrile et de la pneumonie commençante.*

BRONCHITE FÉBRILE.	PNEUMONIE.
Douleurs sous-sternales contusives (signe douteux).	*Point de côté*, dans un lieu plus ou moins éloigné du sternum (signe douteux).
Mouvement fébrile *médiocrement intense*.	Fièvre *intense*.
Râle sous-crépitant à la partie inférieure et postérieure de la poitrine, *des deux côtés*.	Râle crépitant en arrière, d'un *seul côté*.
Sonorité normale du thorax (sauf les exceptions signalées par *M. Gairdner*).	*Obscurité* du son dans le point où l'on entend le bruit anormal.

2° Signes distinctifs de la bronchite fébrile chez les enfants nerveux et emphysémateux, et de la pneumonie.

BRONCHITE.	PNEUMONIE.
Absence de crachats caractéristiques.	*Crachats rouillés*, orangés, jus de pruneaux, etc.
Sonorité de la poitrine *plutôt augmentée* que diminuée.	*Obscurité du son.*
Râle sous-crépitant des *deux côtés.*	Râle crépitant d'*un seul côté* ; respiration bronchique.

3° Signes distinctifs de la bronchite fébrile et de la phthisie aiguë commençante.

BRONCHITE.	PHTHISIE AIGUË.
Douleur *sous-sternale*.	Douleur *sous les clavicules*, ou entre les deux épaules.
Sonorité normale *sous les clavicules*.	Matité dans la *région sous-claviculaire.*
Râle sous-crépitant *à la base des deux poumons* et en arrière.	Craquements, râles sous-crépitants *au sommet des poumons.*
Pas d'hémoptysies.	Parfois *hémoptysies.*

4° Signes distinctifs de la bronchite capillaire générale et d'une fièvre éruptive commençante.

BRONCHITE CAPILLAIRE GÉNÉRALE.	FIÈVRE ÉRUPTIVE.
Parfois ni *frissons* ni *vomissements*, au début.	*Frissons*, *vomissements*, etc., au début.
Ni *coryza*, ni *larmoiement*, ni *angine*, ni *douleurs musculaires.*	*Coryza*, *larmoiement* dans la rougeole, *angine* dans la scarlatine, *douleurs musculaires* dans la variole, etc.
Râle sous-crépitant, *disséminé* dans toute la poitrine.	Râle sous-crépitant *nul* ou *borné à une petite étendue* de la base des poumons.

5° Signes distinctifs de la bronchite capillaire générale et de la pneumonie lobulaire.

BRONCHITE CAPILLAIRE GÉNÉRALE.	PNEUMONIE LOBULAIRE.
Dyspnée *très intense.*	Dyspnée *moins considérable.*
Anxiété *extrême.*	Anxiété *médiocre.*
Râle sous-crépitant *disséminé* dans toute la poitrine.	Râle sous-crépitant *borné à une plus petite étendue* du poumon.

Ce dernier diagnostic n'étant fondé que sur la plus ou moins grande intensité des symptômes, on sent qu'il est moins positif que les autres, et qu'il exige, pour acquérir une certitude réelle, des recherches nouvelles et plus rigoureuses. Les recherches des auteurs récents, parmi lesquels je mentionnerai M. Gairdner tendent d'ailleurs à démontrer que la pneumonie lobulaire n'est autre chose qu'une conséquence de l'obstruction des bronches par le mucus épais, sécrété dans la bronchite.

Pronostic. — La bronchite légère n'a aucune gravité, et le plus souvent même

les malades ne se soumettent à aucune espèce de traitement. Quant à la bronchite fébrile de médiocre étendue, elle exige quelques soins; mais elle n'a pas de gravité réelle chez l'adulte. On a dit qu'elle pouvait occasionner la mort chez les individus affectés d'une maladie organique ancienne; dans ces cas, en effet, elle peut accélérer le terme fatal.

Chez les vieillards, et surtout chez ceux qui sont déjà affectés d'un catarrhe chronique, la bronchite aiguë a une gravité proportionnellement beaucoup plus grande. Chez eux, en effet, l'inflammation tend à occuper une très grande partie de la poitrine, et peut occasionner la mort par ses simples progrès. D'autres fois il survient une véritable pneumonie, et à ce sujet nous devons dire qu'il n'est pas rare de voir la pneumonie débuter dans le cours de la bronchite, ce qui doit engager le médecin à recommander de grandes précautions aux sujets affectés de cette dernière maladie.

La bronchite capillaire générale est toujours très grave, et très souvent mortelle. Sa gravité est en raison directe de l'étendue de l'inflammation, qui se manifeste à l'observateur par l'étendue du râle crépitant disséminé.

§ VII. — Traitement.

Le traitement des diverses espèces de bronchites a été étudié avec grand soin par les auteurs; mais malheureusement il n'est généralement pas fondé sur l'analyse d'un nombre suffisant d'observations. Le sujet n'a pas paru assez important, parce que, dans le plus grand nombre des cas, il ne s'agit que de la plus ou moins longue durée de la maladie. Cependant, aux yeux du praticien consciencieux, ce résultat a une importance réelle, et c'est ce qui rend la négligence des observateurs bien regrettable; car comment savoir si les médicaments ont eu une influence sur cette durée, si l'on n'a pas fait un relevé exact d'un certain nombre de faits? Nous allons présenter le traitement tel qu'il est dans l'état actuel de la science.

1° *Bronchite légère.* — En général, les sujets qui en sont affectés ne changent rien à leur manière de vivre et ne prennent aucun médicament. Cependant on peut être consulté par des personnes qui ont besoin de recouvrer promptement l'intégrité de leur voix, ou qui, ayant quelques inquiétudes sur l'état de leur poitrine, ont un intérêt puissant à abréger, autant que possible, toutes les affections qui peuvent irriter les poumons. Dans ces cas, on emploie des tisanes émollientes, dites *pectorales*, telles que les infusions de *violette*, de *mauve*, de *bouillon-blanc*, etc.; quelques *fumigations*, avec une décoction de *guimauve* et de têtes de *pavot*; des *laxatifs*, tels que la *manne* à la dose de 30 ou 60 grammes, ou de *légers purgatifs*: par exemple, l'*huile de ricin* à la dose de 20 à 30 grammes. Des *pédiluves* et des *manuluves* rendus irritants au moyen du sel commun ou de la cendre; un *régime* doux et léger, et un grand soin de se soustraire à toutes les causes de refroidissement, complètent ce traitement.

On retire de meilleurs effets encore d'une médication légèrement *narcotique*. insi une infusion de violette et de coquelicot pour tisane, et 2 ou 3 centigrammes extrait gommeux d'*opium* donnés en pilules chaque soir, font bientôt disparaître ous les symptômes.

2° *Bronchite fébrile.* — Cette forme de l'affection demande des moyens plus énergiques.

Émissions sanguines. — Presque tous les auteurs ont recommandé la *saignée*; mais ils sont loin d'être d'accord sur les cas dans lesquels il convient de la pratiquer. Laennec voulait qu'on en fût très sobre, et qu'on l'employât seulement lorsque tous les symptômes auraient une grande intensité. Chomel et Blache y ont plus fréquemment recours, et M. Bouillaud a appliqué à cette affection l'emploi des saignées générales et locales *coup sur coup* (1).

Ce dernier auteur n'a point, comme il le dit lui-même, observé un assez grand nombre de cas traités de cette manière, pour qu'on puisse arriver à une conclusion positive; on peut dire néanmoins, sans donner son approbation à d'aussi abondantes pertes de sang dans une maladie si légère, que la saignée n'a point eu, dans le petit nombre de faits cités par M. Bouillaud, le résultat que redoutait Laennec, c'est-à-dire de rendre la maladie beaucoup plus longue. La force et la constitution du malade devront guider le médecin dans l'emploi de ces saignées, aussi bien que l'intensité des symptômes locaux et généraux. Les *sangsues*, suivant Laennec, n'ont pas plus d'avantages que la saignée générale; il leur substitue les *ventouses scarifiées* laissées longtemps en place. Chez les enfants, on préfère, en général, l'application des sangsues.

Adoucissants. — On prescrit en même temps un *julep béchique*, ou une autre *potion adoucissante* ou *huileuse*.

Une forte décoction de *jujubes* ou de guimauve sèche les pâtes que l'on prépare avec ces substances, sont aussi prescrites dans le même but; mais tous ces moyens doivent être regardés comme de simples adjuvants; car, ainsi que le fait remarquer Laennec, rien ne prouve qu'ils aient une efficacité réelle par eux-mêmes.

Narcotiques. — L'utilité des médicaments narcotiques est depuis très longtemps reconnue. Borsieri les recommande d'une manière toute particulière. Il prescrivait (2) le sirop de *pavot blanc*, l'*opium*, le *laudanum* liquide de Sydenham, et surtout les pilules de *styrax* de Sylvius, d'après la formule suivante :

Pilules de styrax de Sylvius.

℞ Styrax	15 gram.	Safran	5 gram.
Opium	1 gram.		

F. s. a. quatorze pilules, dont on prendra une tous les soirs.

Les pilules de *cynoglosse* sont également recommandées par Borsieri, ainsi que plusieurs autres préparations dont l'opium est la substance agissante.

Laennec employait de préférence la *belladone* à la dose de 3 à 5 centigrammes chaque soir, ou matin et soir. A l'aide des pilules de *datura stramonium*, à la dose de 2 à 3 centigrammes par jour, on atteint aussi très bien le but qu'on se propose. M. Mériadec Laennec met en usage l'*opium*, non-seulement comme narcotique, mais encore comme sudorifique. Il recommande de faire prendre le soir la boisson suivante :

℞ Sirop diacode ou sirop du Codex .... 30 gram.

Mêlez dans une tasse de tisane pectorale bien chaude. A prendre en une seule fois.

(1) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, 1837, t. II.
(2) *Institutiones medicæ* (Berolini, 1821), cap. 1, De tussi.

On a aussi, à l'aide de fumigations, porté le médicament narcotique sur la muqueuse bronchique elle-même. Ces fumigations sont pratiquées de la manière suivante :

Fumigation narcotique.

℞ Feuilles de belladone ou de datura stramonium........... 10 gram.	Eau commune.............. 500 gram.

Faites bouillir pendant un quart d'heure. Versez le liquide dans un vase dont vous couvrirez l'ouverture avec un entonnoir à large bec; faites aspirer la vapeur qui s'échappe du bec de l'entonnoir.

On peut faire tout simplement cette fumigation en s'entourant la tête d'un linge et en tenant la face au-dessus du vase d'où s'exhale la vapeur; mais après la fumigation, qui doit durer de cinq à dix minutes au plus, il faut avoir soin de s'essuyer la tête et de la mettre à l'abri du contact de l'air.

Cette médication par les narcotiques a une efficacité incontestable, que l'on peut constater tous les jours.

Vomitifs. — Depuis fort longtemps les vomitifs ont été mis en usage dans la *bronchite aiguë fébrile;* mais les auteurs ne sont pas parfaitement d'accord sur l'époque à laquelle il faut les administrer, ni sur les cas où ils conviennent. G. Fordyce (1) les employait à peu près dans tous les cas; mais il ne choisissait que des vomitifs légers, c'est-à-dire déterminant des vomissements modérés. Laennec, de même que Chomel et Blache, réserve l'emploi des vomitifs pour les cas où la bronchite a une intensité très grande et se rapproche du catarrhe suffocant. MM. Elliotson et G. Spilsbury (2) ont recommandé les vomitifs principalement dans la bronchite qu'ils ont appelée asthénique, et qui, d'après ce que nous avons vu plus haut, n'est ordinairement qu'une bronchite intense tendant à se généraliser, ou survenant chez des sujets affaiblis par l'âge ou la maladie. Ainsi donc on peut dire que les auteurs sont d'accord pour prescrire cette espèce de médicament, dès que la bronchite acquiert une intensité notable.

Le vomitif le plus fréquemment employé est le *tartre stibié.* Si la maladie n'a qu'une intensité médiocre, on se borne à le donner une seule fois, à la dose de 5 ou 10 centigrammes aux adultes, et 2 ou 3 aux enfants; mais dans les cas où l'intensité de la maladie est très grande, il faut administrer le médicament à haute dose, soit qu'on emploie le tartre stibié en potion, comme dans la pneumonie, soit qu'on le donne de la manière suivante, ainsi que le prescrivent MM. Elliotson et Spilsbury :

℞ Tartre stibié.... 0,05 ou 0,10 gram.	Sucre blanc.............. 30 gram.

Mêlez. A prendre toutes les trois ou quatre heures, dans une cuillerée de tisane.

M. Stewart (3) pense que le tartre stibié ne doit être mis en usage chez les fants qu'avec beaucoup de réserve; mais il ne fournit aucun fait qui puisse otiver son assertion. Laennec, au contraire (*loc. cit.*), prétend que l'efficacité

(1) *Dissertatio medica de catarrho*. Edinburhgi, 1758.
(2) *The Lancet*, 1839-40 vol. I, p. 34.
(3) *A treat. of diseases of childr.* (*The New-York Journ.*, april 1844, p. 408).

des vomitifs est beaucoup plus grande à cet âge; qu'on peut les répéter sans inconvénient tous les deux jours, et même tous les jours, et que c'est le meilleur moyen d'empêcher, dans la première enfance, les bronchites de prendre le caractère de la coqueluche. Nous avons vu néanmoins des cas où le tartre stibié a produit, chez des enfants, de graves accidents, ce qui me fait, en général, préférer l'*ipécacuanha*.

M. le docteur Girard (1) (de Marseille) a rapporté des faits qui prouvent l'exactitude des observations de Laennec. Cet habile observateur prescrit l'émétique aussi bien aux enfants qu'aux adultes. Chez ces derniers, il administre la dose suivante :

> ℞ Tartre stibié........ 0,15 gram. | Ipécacuanha en poudre.... 1,25 gram.
>
> A prendre en trois fois.

Dans dix-huit cas, il a vu les bons effets du traitement, et notamment la diminution de la fièvre se manifester avec la plus grande rapidité.

Nous avons aussi conseillé cette médication (2), dont chaque jour nous obtenons les meilleurs résultats, surtout dans les cas de bronchite grave, chez les emphysémateux.

L'*ipécacuanha* est plus fréquemment employé chez les jeunes enfants que le tartre stibié. On peut le donner en sirop par cuillerées, jusqu'à production de l'effet vomitif, ou bien, chez les enfants au-dessus de six ans, prescrire la formule suivante :

> ℞ Ipécacuanha......... 0,50 gram. | Miel...................... Q. s.
>
> Pour quatre bols, dont on prendra un toutes les demi-heures.

On a également employé le *soufre doré d'antimoine*, le *sulfate de zinc* et le *polygala senega*, à dose vomitive ; mais ces médicaments n'ayant aucune vertu particulière, il est inutile de les substituer aux précédents, qui remplissent très bien toutes les conditions.

Le docteur Williams (3) prescrit l'ipécacuanha, ainsi que les antimoniaux, à une faible dose ; il recommande de donner 10 à 15 centigrammes d'ipécacuanha ou de la poudre de James, dont voici la formule :

Poudre de James.

> ℞ Sulfure d'antimoine...... 30 gram. | Corne de cerf.............. 30 gram.
>
> Calcinez dans un creuset de fer, et porphyrisez.

Purgatifs. — Les laxatifs ont été de tout temps prescrits. La pulpe de *tamarin*, la *manne*, la *casse*, l'*huile d'amandes douces* et l'*huile de ricin* ont été principalement recommandées. Ces médicaments entreront dans les ordonnances placées à la fin de cet article.

(1) *Arch. gén. de méd.*, octobre 1843.
(2) *Bulletin gén. de thérap.*, avril 1847.
(3) *The cyclopædia of pract. med.*, art. BRONCHITIS.

Des purgatifs plus puissants ont été aussi employés, et avec succès, selon les auteurs qui les ont mis en usage. Dans un cas, Rivière (1) prescrivit la préparation suivante :

℞ Calomel............. 1 gram. | Jalap.................... 0,50 gram.

A prendre en deux fois.

Ce médicament produisit sept purgations, et fit disparaître, dit Rivière, tous les symptômes de la maladie.

M. Robarts (2) dit avoir administré, avec le plus grand avantage, le vin de semences de *colchique*, surtout chez les enfants; mais on ne peut pas avoir une très grande confiance dans les assertions sans preuves de cet auteur, qui regarde l'opium comme toujours nuisible, lorsque les faits pour prouver son efficacité abondent partout.

On voit que des recherches suffisantes n'ont pas été faites sur l'emploi des purgatifs. Tout ce que l'on peut dire jusqu'à présent, c'est que si ces remèdes ont eu quelque utilité, c'est uniquement comme adjuvants.

Stimulants généraux. — Parmi ces médicaments, ceux qui, dans ces derniers temps, ont été le plus vivement préconisés, sont les *alcooliques*. On sait que Laennec les recommandait d'une manière toute particulière. « Ces moyens, qui constituent une méthode populaire, et, comme dit cet auteur, de temps immémorial, quoique les médecins s'en soient peu occupés, ce traitement est tout à fait héroïque dans un grand nombre de cas. On voit souvent, ajoute-t-il, un rhume qui paraissait devoir être fort intense, arrêté tout à coup dans l'espace d'une seule nuit. » Voici comment Laennec dirigeait ce traitement :

TRAITEMENT PAR LES ALCOOLIQUES (LAENNEC).

« Je fais prendre communément au malade, au moment où il se couche, la potion suivante :

℞ Bonne eau-de-vie....... 30 à 45 gram. | Sirop de guimauve.............. q. s.
Inf. de violette très chaude 60 à 90 gram. |

A prendre en une seule fois.

» L'administration de ce médicament est ordinairement suivie, vers le matin, d'une sueur assez abondante; mais souvent le rhume guérit dès le premier jour, sans que la sueur arrive. S'il n'a pas entièrement disparu, on continue plusieurs jours de suite. C'est surtout au début des rhumes que cette méthode est héroïque; elle est beaucoup moins efficace dès que l'expectoration grasse a commencé. »

Suivant M. Mériadec Laennec, cette médication, qu'il qualifie de hasardeuse, n'a guère d'autre avantage que de provoquer la transpiration, effet que l'on peut obtenir avec moins de danger par une préparation opiacée que nous avons citée plus haut (voy. 588). M. Spilsbury joint à l'emploi du tartre stibié à haute dose

(1) *Opera medica*, cent. III, obs. XLVII.
(2) *The Lancet*, novembre 1835, p. 336.

celui du vin ou de l'eau-de-vie, dans lequel il a une très grande confiance. Voici son traitement complet :

TRAITEMENT DU DOCTEUR SPILSBURY.

Je donne d'abord, dit-il, le tartrate de potasse et d'antimoine à la dose de 1 décigramme toutes les quatre heures. Puis, le soir, lorsque le malade est au lit, je fais prendre une cuillerée à bouche de vin dans une tasse de petit-lait, ou une demi cuillerée d'eau-de-vie dans une tasse de gruau chaud. Par ce traitement, la perspiration est excitée, la sécrétion augmentée, et infiniment moins visqueuse, et les râles diminuent notablement.

Craignant les inconvénients des stimulants spiritueux, M. Ch. Badham prescrit de préférence le *carbonate* ou l'*acétate d'ammoniaque*, qui, selon lui, ont une efficacité incontestable. Les préparations suivantes suffisent pour remplir les indications :

Potion sudorifique.

℞ Acétate d'ammoniaque.....	60 gram.	Infusion de sureau..........	250 gram.
Miel despumé............	30 gram.		

A prendre par cuillerées.

Ou bien l'émulsion suivante :

℞ Carbonate d'ammoniaque...	5 gram.	Huile d'amandes douces......	45 gram.
Gomme arabique.........	20 gram.	Eau....................	220 gram.

Faire une émulsion. A prendre par cuillerées.

Ces derniers médicaments, dont l'utilité est au moins douteuse dans la bronchite aiguë, ont été bien plus fréquemment employés dans la bronchite chronique.

Dans les cas très rares où la bronchite s'est montrée franchement *intermittente*, on a eu recours avec succès au sulfate de quinine; c'est ce qui a eu lieu dans le cas cité plus haut.

Les moyens que nous venons de passer en revue ont été principalement mis en usage dans les deux premières périodes de la maladie. Ordinairement, lorsque la fièvre tombe, que la toux cesse d'être douloureuse, et que l'expectoration devient facile, on cesse l'usage de tout médicament, et l'on abandonne à elle-même une maladie qui tend naturellement à la guérison. On n'a recours à de nouveaux moyens que quand la durée de la bronchite se prolonge outre mesure; mais alors il y a tendance au passage à l'état chronique, et ce sont aussi les remèdes contre la bronchite chronique qui sont administrés. Ce serait par conséquent s'exposer à des redites inutiles que de présenter ici cette médication, sur laquelle j'aurai plus tard à m'étendre longuement

Nous n'ajouterons que quelques mots sur certains *moyens particuliers* qui n'(pas été soumis à une expérimentation suffisante. M. Elliotson recommandait l'em ploi du *mercure* (*calomel*) à l'intérieur, de manière à produire un effet marq sur la bouche et même une salivation abondante. Cette pratique n'a trouvé aucun crédit.

M. Toulmouche (1) assure avoir obtenu de bons effets de l'emploi des fumigations de *chlore* dans la bronchite aiguë, dont il prévenait principalement le passage à l'état chronique. Il faudrait, pour que ses observations eussent une valeur réelle, qu'on sût dans quelle proportion des cas et dans quels cas la bronchite aiguë a de la tendance à passer à l'état chronique; or c'est ce que nous ne savons pas.

Beaucoup de médecins mettent en usage le *vésicatoire* sur la poitrine et la rubéfaction à l'aide des *sinapismes* et de l'*huile de croton tiglium;* mais si ces moyens ont quelque efficacité, ce n'est qu'à une époque où tous les signes d'acuité se sont dissipés, et où, par conséquent, la maladie a pris tous les caractères de la bronchite chronique. Si l'on voulait user de ces moyens à une époque où la maladie n'aurait pas perdu entièrement les caractères de l'état aigu, on courrait le risque de voir augmenter la fièvre et l'état du malade s'aggraver. Je passe sous silence les *diurétiques*, préconisés par quelques auteurs, et sur l'action desquels nous n'avons aucune donnée importante.

3° *Bronchite capillaire générale.* — Tous les auteurs sont d'accord pour prescrire un traitement énergique dans cette redoutable forme de la bronchite, qui, selon MM. Chomel et Blache, et ainsi que je l'ai établi dans le travail (2) cité plus haut, doit être traitée comme les pneumonies les plus graves. Ainsi la *saignée générale* abondante et répétée chez les adultes; des *sangsues* au nombre de quatre à quinze, suivant l'âge, chez les enfants; les *vomitifs* à haute dose, les *révulsifs cutanés*, les *purgatifs* énergiques, seront mis en usage avec persévérance.

Cette espèce de bronchite a été traitée quelquefois avec succès par le *tartre stibié à haute dose*, ainsi que Laennec et Téallier (3) en ont cité des exemples. Chez le sujet de l'observation rapportée par ce dernier auteur, le tartre stibié fut porté à la dose de 60 centigrammes, et remplacé plus tard par 30 centigrammes de kermès, parce que la malade ne voulait plus prendre la potion stibiée.

M. Fauvel (*loc. cit.*), après avoir exposé le traitement employé chez les sujets soumis à son observation, et en avoir fait remarquer le peu d'efficacité, trace ainsi qu'il suit la règle de conduite qui, suivant les probabilités, doit avoir la plus grande chance de succès.

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE GÉNÉRALE, PROPOSÉ PAR M. FAUVEL.

Première période.

1° Saignée au début, et, de préférence, saignée générale, lorsque l'âge le permet. Quand on est forcé d'avoir recours aux sangsues, les appliquer à l'anus ou à la base de la poitrine. Être sobre de ce moyen chez les enfants très jeunes et chez les sujets affaiblis. Après la période d'invasion, s'en abstenir, car il débiliterait inutilement le malade.

2° Chez les enfants :

℞ Tartre stibié.......... 0,05 gram. | Ipécacuanha.............. 1 gram.

Mêlez. Divisez en cinq doses égales. A prendre de demi-heure en demi-heure, jusqu'à effet vomitif suffisant.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1838.
(2) *Bulletin gén. de thérap.*, avril 1847 : *De la bronchite capillaire, etc.*
(3) *Du tartre stibié et de son emploi dans les maladies.* Paris, 1832, p. 276.

3° Cataplasmes sinapisés promenés sur les jambes. Frictions sèches ou rendues plus excitantes à l'aide d'une teinture aromatique; ou bien ventouses sèches multipliées; ou enfin grandes ventouses de M. Junod.

4° Boissons émollientes données en petite quantité à la fois, et souvent.

Deuxième période.

1° Continuer les vomitifs, mais à doses fractionnées, pour produire des nausées fréquentes et de simples efforts de vomissements. Titiller la luette avec les barbes d'une plume. Faire des frictions au devant du sternum avec la *pommade d'Autenrieth*.

2° Éviter le décubitus dorsal; faire alterner le décubitus antérieur sur un plan incliné, la tête dépassant en haut ce plan, avec le décubitus latéral, ou la position assise. De temps à autre, promener sur les bras les enfants bien enveloppés. Faire prendre ces positions favorables toutes les fois que le besoin ou l'envie d'expectorer se fera sentir. Envelopper le ventre d'un bandage de corps médiocrement serré, pour favoriser la contraction des muscles abdominaux.

3° Remplacer la tisane émolliente par les suivantes :

℞ Racine de polygala de Virginie 20 gram. | Eau.................... 1000 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié, et ajoutez :

Sirop d'hyssope.................................. 45 gram.

Ou bien :

℞ Fleurs d'arnica.......... 5 gram. | Eau bouillante.............. 1 klogr.

Faites infuser pendant une demi-heure; passez, et édulcorez avec :

Sirop d'écorce d'orange................................ 50 gram.

Faire prendre par cuillerées le looch suivant :

Looch blanc............. 120 gram. | Gomme ammoniaque......... 1 gram.

Mêlez.

4° Dans le cas où cette médication serait insuffisante, et où les forces du malade se trouveraient entièrement abattues, avoir recours, comme remède extrême, à la *strychnine* ou à la *noix vomique*, et, pour cela, faire faire sur le thorax des frictions avec la teinture alcoolique de noix vomique, ou bien donner une cuillerée à café, matin et soir, de la potion stimulante de Magendie.

5° Continuer l'emploi des sinapismes et des grandes ventouses, et repousser les vésicatoires.

6° Si la maladie se prolongeait, ou si l'enfant tombait rapidement dans la prostration, soutenir les forces avec des aliments légers, tels que le bouillon, le lait pris en petite quantité, et un peu d'eau rougie.

Telle est la méthode de traitement proposée par M. Fauvel. Les conseils qu'il donne sont fondés sur une connaissance approfondie de la maladie, on pourra donc

les suivre avec espoir de succès; mais il serait prématuré de se prononcer sur cette médication avant que l'expérience, qui juge en dernier ressort, ait décidé.

Nous ajoutons que dans les cas où, chez les jeunes enfants, l'asphyxie devient imminente par suite de l'accumulation des mucosités dans le pharynx et le larynx, comme dans le cas que nous avons observé (1), il faut, à l'aide du petit doigt introduit jusque sous l'épiglotte, *aller enlever le corps étranger* qui fait obstacle à la respiration. On détermine par là des efforts de toux qui font sortir les mucosités du larynx, et on les entraîne au dehors avec le doigt. Cette manœuvre doit être répétée toutes les fois que la respiration s'embarrasse outre mesure et que le râle laryngien et trachéal devient plus fort.

Si l'enfant tombait dans l'état de mort apparente, il faudrait se hâter de pratiquer l'*insufflation prolongée*, comme l'a si heureusement fait M. Depaul chez les enfants venus au monde en cet état, et comme nous l'avons fait nous-même avec tant de succès dans le cas que je viens de citer.

La médication qui a été exposée à l'article *Croup* pourra en outre offrir au praticien des moyens précieux.

Si la bronchite prenait le caractère *gangréneux*, comme dans le cas rapporté par M. Martin-Solon (2), on devrait, à son exemple, prescrire les *fumigations chlorurées* ainsi qu'il suit :

Dans un appareil de Wolf, mettez 5 *ou* 600 *grammes d'eau de guimauve à* 35 *ou* 40 *degrés ;* ajoutez 50 *grammes de chlorure de chaux liquide*, pour inspirations, deux, trois ou quatre fois par jour, si elles sont bien supportées.

En outre, M. Martin-Solon fit mettre 30 *grammes de chlorure de chaux dans la tisane*, et donna 30 *à* 60 *grammes d'eau de goudron matin et soir.*

Résumé, *ordonnances.* — Nous croyons ne pas devoir rappeler le traitement de la bronchite légère, ni le formuler en ordonnances, les moyens étant trop simples. Nous passons donc au traitement de la bronchite fébrile médiocrement étendue.

Ire Ordonnance.

BRONCHITE FÉBRILE CHEZ UN ADULTE.

1° Infusion de violettes, de mauves et de coquelicots, édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Dans les cas les plus sérieux, une saignée de 350 à 400 grammes.

3° Manne.. 30 gram.

Faites dissoudre dans une tasse de lait. A prendre en une seule fois.

4° Le soir, une pilule de 2 à 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

5° Diète et repos.

On pourra, dans cette ordonnance, varier les préparations opiacées.

IIe Ordonnance.

BRONCHITE FÉBRILE CHEZ LES ENFANTS AU-DESSOUS DE HUIT ANS.



1° Remplacer la saignée générale par une, deux ou six sangsues, suivant l'âge.

(1) *Union médicale*, 22 avril 1852.

(2) *Journ. des connaissances méd.-chir.*, janvier 1849.

2° Au lieu d'extrait d'opium, faites prendre d'une à trois cuillerées à café de sirop de pavot blanc.

3° Cataplasmes émollients sur le thorax.

Le reste comme dans l'ordonnance précédente.

IIIe Ordonnance.

BRONCHITE FÉBRILE PLUS INTENSE OU PLUS ÉTENDUE CHEZ UN ADULTE.

1° Saignée de 400 grammes, répétée le jour suivant, s'il y a lieu.

2° Faire une fumigation narcotique, suivant la formule indiquée à la page 337.

3° Mettre en suspension, dans chaque pot de tisane, 5 centigrammes de tartre stibié.

4° Tous les soirs, une pilule de 2 à 5 centigrammes d'extrait de datura stramonium.

5° Diète et repos au lit.

Tels sont les moyens ordinairement employés et presque toujours suffisants dans cette maladie, qui, généralement peu grave, peut, dans certaines circonstances, avoir quelque danger. Nous ne rappelons pas sous forme d'ordonnances les médications spéciales proposées par quelques auteurs, telles que la médication par les stimulants spiritueux de Laennec, et la prescription des stimulants sudorifiques de M. Ch. Badham, parce qu'elles ont été suffisamment indiquées plus haut.

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CAPILLAIRE GÉNÉRALE.

IVe Ordonnance.

BRONCHITE SUFFOCANTE CHEZ UN ADULTE, PÉRIODE D'INVASION.

1° Tisane émolliente.

2° Saignée générale plus ou moins abondante et plus ou moins répétée, suivant les forces.

3° ℞ Tartre stibié, de 0,10 à 0,30 gram. | Eau distillée de tilleul......... 120 gram.
Sirop diacode......... 30 gram. | Sirop de guimauve............ 25 gram.

A prendre par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure.

4° Sinapismes aux jambes; frictions sèches sur les parois de la poitrine et sur les membres.

5° Diète absolue.

Ve Ordonnance.

BRONCHITE GÉNÉRALE CHEZ UN ADULTE, DEUXIÈME PÉRIODE.

1° Pour tisane, décoction de polygala de Virginie, ou infusion d'arnica.

2° ℞ Émétine pure...... 0,05 gram. | Sirop de fleur d'oranger....... 30 gram.
Eau............. 160 gram. |

A prendre par cuillerée, pour provoquer des nausées et de simples efforts de vomissement.

3° Décubitus antérieur, alternant avec le décubitus latéral.
4° Bandage de corps médiocrement serré autour du ventre.
5° Continuer l'emploi des sinapismes et des frictions.

Chez *les enfants*, on mettra en usage le même traitement; mais la saignée générale sera remplacée par des sangsues, et le tartre stibié par l'ipécacuanha.

Dans le cas d'abattement complet des forces, recourir à la strychnine et à la noix vomique, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Chez *les enfants asphyxiés par les mucosités*, enlever le corps étranger.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Bronchite légère :* Émollients; narcotiques faibles; légers purgatifs et révulsifs.

2° *Bronchite fébrile capillaire :* Adoucissants; émissions sanguines; narcotiques; vomitifs; purgatifs; stimulants spiritueux et sudorifiques.

3° *Bronchite capillaire générale. Première période :* saignée; vomitifs; tartre stibié à haute dose; révulsifs; émollients; décubitus. *Deuxième période :* légers excitants; strychnine ou noix vomique; enlèvement des mucosités.

ARTICLE III.

BRONCHITE CHRONIQUE.

Cette affection, qui a si fortement fixé l'attention des médecins modernes, a été traitée d'une manière fort confuse par les anciens. Ce n'est pas que ces derniers aient négligé les nombreux cas de *toux chronique* qui se présentaient à eux; mais les idées qu'ils avaient sur la nature de la maladie ne leur permettant pas toujours de reconnaître l'existence de l'inflammation muqueuse, ils n'y voyaient ordinairement qu'un simple flux, ou, s'ils admettaient une lésion de l'organe, c'était une lésion profonde. Si l'on doutait de la vérité de cette assertion, ce nom de *toux*, sous lequel les diverses espèces de catarrhe sont si souvent décrites dans les auteurs anciens, ne suffirait-il pas pour montrer combien leurs idées étaient vagues, puisque la toux n'est qu'un symptôme qui appartient à un grand nombre d'affections différentes?

P. Frank (1), un des premiers, a fait remarquer que la toux, qui paraît jouer le principal rôle, mais qui est un phénomène propre à plusieurs autres affections, aussi bien qu'au catarrhe, n'est qu'un symptôme, et non la maladie elle-même.

Sauvages (2), en voulant trop spécifier et entrer dans de trop grands détails, avait singulièrement obscurci la question. Outre le rhume, *rheuma*, et le *catarrhe*, dont il fait deux maladies différentes, il admet une troisième espèce, à laquelle il donne le nom d'*anacatharsis* (classe IX, *Fluxus;* ordre III, *Serifluxus*), qui diffère des deux premières, et qui se divise elle-même en : Anacatharsis bilieuse, A. phthisique, A. produite par une vomique, A. puriforme et A. asthmatique. Cette

(1) *Traité de médecine pratique*, trad. par Goudareau. Paris, 1812, t. 1, p. 122.
(2) *Nosologia methodica*, t. I. Amstelodami, 1768.

ple exposition suffit pour prouver que par ce mot d'*anacathorsis* Sauvages ne voulait pas désigner une simple bronchorrhée.

Laennec, qui a en partie conservé les anciennes divisions, a admis un catarrhe muqueux chronique (catarrhe chronique proprement dit), un catarrhe pituiteux chronique, un catarrhe latent, et enfin un catarrhe sec, sur lequel il a spécialement appelé l'attention. Cette division ne saurait être admise, car elle n'est fondée que sur des variétés de symptômes, ou sur des circonstances qui, par elles-mêmes, ne peuvent pas donner à la maladie un caractère particulier.

Nous pourrions citer plusieurs autres divisions proposées par divers auteurs, mais elles ne sont pas mieux fondées. Nous traiterons donc dans un seul article de toutes les espèces de bronchite chronique admises jusqu'à ce jour. Quant à la *bronchorrhée chronique*, nous devons dire d'avance que nous n'en avons pas trouvé d'observations bien convaincantes; mais c'est une question qui reviendra plus tard.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *bronchite chronique* est l'inflammation chronique de la muqueuse des bronches, soit que cette inflammation ait succédé à une bronchite aiguë, soit qu'elle ait apparu d'emblée.

Cette affection était connue chez les anciens sous les noms de *catarrhus*, *destillatio pectoris*, *tussis*. Le nom de *bronchite* ne lui a été appliqué que dans ces derniers temps; on lui donnait auparavant ceux de *catarrhe muqueux* aigu ou chronique, *catarrhe pituiteux*, *catarrhe sec*, etc.

La bronchite chronique est loin d'être une maladie rare, surtout chez les vieillards; mais elle est beaucoup moins *fréquente* qu'on ne le croyait avant que les progrès de l'anatomie pathologique, et bien plus encore la découverte de l'auscultation, l'eussent fait distinguer de plusieurs autres maladies chroniques, et en particulier de la phthisie, avec lesquelles on la confondait très fréquemment.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Tout le monde sait que la fréquence de la bronchite chronique varie suivant l'*âge* : ainsi les vieillards en sont très souvent atteints; les enfants la présentent bien plus rarement, et les adultes n'en sont presque jamais affectés, à moins que la maladie n'accompagne l'emphysème pulmonaire, ou ne soit symptomatique d'une autre affection chronique.

Nous n'avons point d'observations suffisantes pour pouvoir dire positivement si un *sexe* y est plus sujet que l'autre; néanmoins, si l'on considère que les hommes sont plus exposés que les femmes à contracter la bronchite aiguë, et que, d'un autre côté, des attaques plus ou moins fréquentes de cette affection peuvent se terminer par la bronchite chronique, on sera porté à admettre que les hommes y sont plus sujets que les femmes.

On a signalé, comme une cause prédisposante de l'affection, une *constitution* faible et un *tempérament* lymphatique et scrofuleux; mais n'a-t-on pas souvent, en pareil cas, pris une affection chronique grave pour une bronchite chronique simple?

La *répétition* plus ou moins fréquente d'*attaques* de bronchite aiguë est, comme nous venons de le dire, une cause de bronchite chronique. M. Andral (1) en cite plusieurs exemples. On a dit que la *répercussion* des éruptions cutanées, et la *suppression* des divers flux ou d'un exutoire, peuvent produire la bronchite chronique. Cette assertion aurait besoin d'être confirmée par des faits bien observés.

Nous ne parlons point ici des maladies du cœur, des poumons et des bronches, qui, d'après les auteurs, prédisposent à cette maladie, parce que, quand la bronchite chronique survient chez des sujets qui sont affectés de ces maladies organiques, elle est purement symptomatique. Nous reviendrons sur ce point.

Quant à l'influence de l'emphysème pulmonaire, les opinions sont partagées. Les uns regardent cet emphysème comme prédisposant à la bronchite; les autres, au contraire, regardent la bronchite comme la cause première de l'emphysème : c'est une question qui sera discutée dans l'histoire de cette dernière maladie.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont très peu connues, soit parce que les recherches à cet égard sont insuffisantes, soit parce que ces causes se dérobent à nos moyens d'investigation. On a cru remarquer que l'*exposition permanente au froid*, chez des sujets occupés à des travaux plus ou moins pénibles, occasionne la bronchite chronique; il en est de même lorsque, dans le cours d'un rhume, on s'expose imprudemment aux *variations de température*, de manière à provoquer plusieurs attaques de bronchite aiguë. Enfin Laennec et Stoll (2) regardent comme une cause évidente du prolongement indéfini de la bronchite les *émissions sanguines* trop abondantes pratiquées contre cette maladie; mais, il faut le dire, ces auteurs ne citent point de fait à l'appui de cette assertion, qui cependant avait un si grand besoin de preuves, et que l'on peut, sans être taxé de scepticisme, regarder plutôt comme une spéculation théorique que comme l'expression d'un résultat pratique.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la bronchite chronique ont été étudiés avec le plus grand soin, surtout dans ces derniers temps. Sous ce rapport, l'histoire de cette maladie ne laisse presque rien à désirer.

Début. — Tantôt l'affection débute avec les caractères qu'elle doit conserver plus tard, c'est-à-dire que des symptômes peu intenses, des signes d'irritation légère, se déclarent en même temps qu'une expectoration plus ou moins abondante, et que la maladie continue ensuite, sans présenter de grandes modifications. Mais bien plus souvent le début a lieu par un catarrhe aigu plus ou moins intense, qui, parvenu à sa dernière période, ne cesse point, et se prolonge d'une manière plus moins continue pendant un temps très long.

Symptômes. — Assez souvent il n'existe aucune espèce de douleur de poitrine. rsqu'il en est autrement, la douleur est un peu vive, ou si elle le devient dans le urs de la maladie, c'est qu'il existe une exacerbation momentanée. Cette douleur

(1) *Clinique médicale*, t. III.
(2) *Ratio medendi*, pars III (*Ephemerid.*, 1778).

est vague; néanmoins c'est derrière le sternum qu'elle se fait particulièrement sentir. M. Andral (*obs. citée*) a noté une sensation de plénitude dans la poitrine.

La *toux* est un symptôme constant. Habituellement grasse, facile, elle devient, à la plus légère exacerbation, quinteuse, pénible, difficile. Ces changements ont lieu principalement lorsque les crachats transparents et visqueux ne se détachent plus qu'avec peine; parfois alors la toux provoque des vomissements, comme M. Andral en a cité un exemple. En général, la toux est plus fréquente le matin et le soir que dans la journée, ce qui dépend encore de l'abondance de l'expectoration.

Les caractères de l'*expectoration* varient beaucoup. Le plus souvent elle est assez abondante, composée de crachats opaques, d'un blanc sale, grisâtres ou verdâtres, formant de larges plaques non déchiquetées sur les bords, non striées, plus ou moins tenaces, et ne présentant point de bulles d'air. Ordinairement ces crachats sont mêlés à une certaine quantité de liquide blanchâtre, semblable à de la salive plus ou moins aérée. Dans un des cas cités par M. Andral, ils nageaient dans un liquide abondant pareil à de la sérosité. Laennec rapporte un cas semblable, comme un exemple de la forme à laquelle il a donné le nom de *catarrhe muqueux* Quelquefois les malades n'expectorent qu'un liquide incolore, transparent, filant, plus ou moins spumeux à la surface, et qui, lorsqu'on a enlevé cette écume, ressemble à du blanc d'œuf délayé dans l'eau. L'abondance de ce liquide peut être considérable : on voit des malades en remplir plusieurs crachoirs dans la journée. C'est cette espèce de catarrhe qui a reçu des uns le nom de *catarrhe pituiteux*, et des autres le nom de *bronchorrhée ;* mais, comme ce flux n'exclut nullement les signes d'irritation des bronches, et que, d'un autre côté, ainsi que l'a fait remarquer Laennec, on le voit souvent lié à l'expectoration du catarrhe muqueux, nous ne croyons pas devoir admettre cette distinction, jusqu'à ce que de nouvelles observations aient prouvé qu'elle est réellement utile. D'autres fois, au contraire, l'expectoration est extrêmement peu abondante; les crachats sont, ainsi que l'a dit Laennec, très petits, arrondis, perlés (*sputa margaritacea*). C'est là ce que cet auteur a appelé *catarrhe sec :* affection, selon lui, extrêmement fréquente, qui n'attire ordinairement pas l'attention des sujets, et qui, par conséquent, peut avoir une très longue durée. Telle est l'expectoration dans la bronchite chronique : on voit qu'elle présente de grandes différences; mais, nous le répétons, ces différences ne sont pas capitales, et n'annoncent pas une lésion particulière.

La *respiration* est ordinairement peu gênée; souvent même la dyspnée est nulle, au moins pendant la plus grande partie de la journée. Par moments, elle peut devenir assez notable : c'est lorsque l'expectoration devient plus abondante et plus difficile; aussi n'est-il pas rare de voir cesser la dyspnée immédiatement après l'expectoration. Il est un cas dans lequel la difficulté de respirer devient extrême : c'est lorsqu'une quantité considérable de mucus s'est accumulée dans une ou plusieurs grandes ramifications bronchiques, et intercepte complétement le passage de l'air. On en voit des exemples dans les observations rapportées par M. Andral dans les faits cités par M. Gairdner.

Quelle que soit la forme affectée par la bronchite chronique, la *percussion* fournit aucun caractère propre à la faire reconnaître. Dans les cas où il en — *autrement*, c'est qu'il existe une complication ou une obstruction des bronches (*Gairdner*).

Il n'en est pas de même de l'*auscultation.* C'est elle qui a le plus servi à faire connaître à fond l'histoire des divers catarrhes admis par les anciens, et Laennec, sur ce point comme sur tant d'autres relatifs à l'auscultation, nous a appris presque tout ce que nous savons aujourd'hui.

On entend à la partie postérieure de la poitrine, en bas et des deux côtés, un râle formé de bulles plus ou moins grosses, plus ou moins humides, auquel Laennec donnait le nom de *râle muqueux*, et que l'on a plus généralement depuis désigné sous celui de *sous-crépitant.* L'étendue dans laquelle on entend ce bruit est très variable; elle est plus considérable ordinairement à droite qu'à gauche. Dans les autres parties de la poitrine, surtout vers la racine des bronches, on entend parfois du *râle sibilant* et *ronflant*, qui annonce un degré d'inflammation assez léger dans une très grande partie de l'arbre bronchique. Suivant Laennec (*loc. cit.*), dans certains catarrhes chroniques, le bruit respiratoire acquiert le caractère *puéril* dans presque toute l'étendue du poumon, « et cependant, ajoute-t-il, malgré cette respiration énergique, qui ici ne peut être considérée comme supplémentaire, les sujets éprouvent constamment une dyspnée qui quelquefois devient extrême, même dans l'état d'immobilité, et constitue l'asthme humide des praticiens. » Ces cas n'ont point été notés par d'autres observateurs. S'ils existent, on doit les regarder comme de très rares exceptions. Peut-être, chez les sujets observés par Laennec, y avait-il quelque complication ou une obstruction de quelque ramification bronchique, qui seules pourraient nous rendre compte de cette anomalie.

Dans le catarrhe appelé *pituiteux*, on a trouvé un mélange de râle sonore, sibilant, subsibilant (Laennec), de râle ronflant, imitant le bruit d'une corde de violoncelle ou le chant de la tourterelle, et enfin le râle sous-crépitant. On voit qu'il n'y a pas une grande différence entre ces résultats et ceux qu'a fournis l'examen des sujets affectés du catarrhe muqueux ordinaire.

Dans la variété que l'on a désignée sous le nom de *catarrhe sec*, on n'entend pas de râle sous-crépitant, mais bien un râle sibilant, dans une petite étendue de la poitrine. Parfois Laennec a constaté un *cliquetis* analogue à celui d'une petite soupape : bruit rare qui ne se fait guère entendre que dans les expirations profondes avant ou après la toux, et qui, selon cet auteur, est dû au mouvement d'un crachat perlé, déplacé par le passage de l'air.

Lorsqu'il survient une de ces exacerbations qui sont fréquentes dans le catarrhe chronique, ces caractères stéthoscopiques sont plus ou moins modifiés, et se transforment en ceux du *catarrhe aigu* que nous avons longuement indiqués plus haut (voy. *Bronchite aiguë*).

Malgré l'existence de tous ces symptômes, la santé générale reste ordinairement bonne. Il n'y a habituellement ni fièvre, ni trouble des fonctions digestives, ni affaiblissement, ni amaigrissement. Il n'en est pas de même lorsqu'il survient des exacerbations et que la bronchite prend les caractères de l'état aigu ; car alors les symptômes peuvent être plus intenses qu'ils ne le sont dans une bronchite aiguë survenant chez un sujet dont les poumons sont tout à fait sains. Ce sont peut-être ces exacerbations qui ont fait admettre, dans certains cas, l'existence de la fièvre et d'un dépérissement marqué dans la bronchite chronique. Quelquefois on a noté des symptômes de fièvre hectique ; mais en examinant attentivement le petit

nombre de bonnes observations que nous possédons, nous n'avons pas trouvé un seul cas dans lequel on puisse affirmer qu'il n'existait pas une complication d'une autre maladie chronique, soit des poumons, soit du cœur, soit d'un organe plus éloigné.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très variable. Ordinairement les malades n'éprouvent presque aucun accident pendant la belle saison, tandis que pendant l'hiver ils sont généralement plus oppressés, ont une expectoration plus abondante, et sont atteints, une ou plusieurs fois, d'une bronchite aiguë, qui les fatigue beaucoup, dure ordinairement longtemps, et laisse après elle un état pénible, qui ne se dissipe que lentement. Parfois on voit des sujets, qui ont eu pendant quelques années plusieurs exacerbations dans le cours de l'hiver, rester deux ou trois ans sans en éprouver, puis en être repris comme auparavant.

La *durée* de la maladie est illimitée. Lorsque le catarrhe est passé à l'état chronique chez un vieillard, on a tout lieu de craindre qu'il ne persiste jusqu'à la fin de l'existence.

On a dit que la bronchite chronique pouvait se *terminer par la mort*. On est peu surpris que les anciens aient eu cette opinion, puisqu'ils pensaient que la toux longtemps prolongée, c'est-à-dire le catarrhe, pouvait produire la phthisie pulmonaire (1). Quant aux observateurs qui ont écrit dans les vingt dernières années, il est facile de voir combien leur opinion a changé à mesure que la percussion et l'auscultation ont été mieux connues et mieux appliquées. Il y a vingt ans, le catarrhe pulmonaire passait pour une maladie fréquemment mortelle, comme on peut en juger par les registres de mortalité de la Salpêtrière, et alors la phthisie pulmonaire et la pneumonie étaient rarement désignées comme cause de mort. Plus tard, lorsque l'examen des signes physiques est venu éclairer le diagnostic, et que l'anatomie pathologique a été faite avec soin, ces deux dernières maladies sont devenues bien plus fréquentes, et la première a presque complétement disparu des registres de mortalité. Nous n'avons pas rencontré un seul cas dans lequel la mort fût causée par les simples progrès de la bronchite chronique. Le plus souvent il se déclare pendant l'hiver, au lieu d'un simple catarrhe, comme les hivers précédents, une pneumonie à laquelle on a donné le nom de catarrhale, et qui emporte le malade. D'autres fois, c'est une bronchite aiguë, mais tellement étendue, qu'elle constitue la maladie décrite plus haut sous le nom de bronchite capillaire générale, et dont nous avons signalé toute la gravité. Les anciens ont désigné cette dernière maladie par le nom de *peripneumonia notha*.

Quant à la terminaison par la guérison, il faut dire qu'elle est rare ; on ne l'a guère observée que chez les sujets jeunes et qui n'avaient qu'un catarrhe aigu passé à l'état chronique. Quelquefois cette terminaison favorable a été procurée par un changement de climat et d'habitudes.

§ V. — Lésions anatomiques.

Elles ont été principalement étudiées dans les cas où la bronchite existait comme complication.

(1) Baglivi, *Prax. med.*, lib. I, De tussi.

On a trouvé la muqueuse bronchique d'un rouge violacé, brunâtre ou grisâtre. Tantôt cette coloration occupe une étendue assez considérable de l'arbre bronchique, tantôt elle se montre par plaques irrégulièrement disséminées. La perte de transparence, le ramollissement, l'épaississement de cette membrane, se font aussi remarquer ; et de plus, sa surface, au lieu de présenter un aspect lisse et brillant, est terne, rugueuse et finement granulée.

La cavité des bronches contient une quantité ordinairement notable de mucus puriforme ou visqueux, suivant que l'inflammation a pris ou non les caractères de l'état aigu, vers la fin de l'existence. Parfois on trouve de gros pelotons muqueux endurcis, obstruant des rameaux bronchiques considérables, ainsi que MM. Andral et Gairdner en ont, comme nous l'avons dit plus haut, cité des exemples.

On remarque quelquefois, chez les sujets qui ont depuis longues années une bronchite chronique, la *dilatation* et plus rarement le *rétrécissement* des bronches; mais ces deux lésions, et surtout la première, donnent lieu à des symptômes assez importants pour mériter une description à part : c'est pourquoi nous n'en avons pas parlé dans cet article.

Enfin, on a trouvé quelquefois les ganglions bronchiques plus volumineux qu'à l'état normal.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous avons vu que la bronchite chronique présentait à des intervalles variables des exacerbations qui lui donnaient tous les caractères de la bronchite aiguë. Les commémoratifs seuls peuvent, dans ce cas, nous apprendre si cette bronchite aiguë s'est développée ou non dans le cours d'un catarrhe chronique. Quant au diagnostic qu'on a établi entre la bronchite aiguë et la bronchite chronique, il nous paraît trop simple pour l'indiquer ici.

Ce n'est qu'à un examen très superficiel qu'on pourrait confondre la bronchite chronique avec la *pneumonie chronique*, qui d'ailleurs est infiniment moins fréquente. L'absence de la matité, de la respiration bronchique, de tout mouvement fébrile et de dépérissement, feront assez facilement reconnaître qu'il s'agit d'une simple bronchite, et non d'une pneumonie. On remarquera d'ailleurs que le râle sous-crépitant existe des deux côtés dans la bronchite, ce qui est au moins fort rare dans la pneumonie.

Il n'est pas plus difficile de distinguer la *pleurésie chronique* de la maladie dont nous nous occupons. Dans la première, le son mat dans une plus ou moins grande étendue de la poitrine, la faiblesse du bruit respiratoire dans le même point, son éloignement de l'oreille, son timbre sec qui lui donne le caractère bronchique dans les points où il est le plus facilement entendu, suffisent pour assurer le diagnostic, sans qu'on ait besoin de recourir à l'égophonie, à la différence de l'expectoration et à l'état général du malade.

La *phthisie pulmonaire*, lorsqu'elle est parvenue à une période avancée, ne prête pas de plus grandes difficultés. La matité sous les clavicules, le gargouillement ou la respiration caverneuse, la pectoriloquie, etc., ne permettent pas de douter de l'existence d'une phthisie. Mais lorsque cette maladie est à son début, les signes physiques sont beaucoup moins marqués, et alors il pourrait y avoir quelque incertitude. On examinera donc avec soin l'état général et les symptômes locaux

présentés par les malades : s'il y a un dépérissement peu en rapport avec les symptômes locaux, de la pâleur, de la faiblesse, des sueurs nocturnes, on soupçonnera la phthisie pulmonaire plutôt que la bronchite. Si, pendant longtemps, la toux reste sèche, ou ne donne lieu qu'à une excrétion de crachats très peu abondants, sans caractères particuliers, s'il existe des douleurs entre les épaules, une dyspnée assez marquée, et un léger mouvement fébrile le soir, la certitude augmentera. Enfin, si l'on constate l'absence complète du râle sous-crépitant à la partie postérieure de la poitrine, et au contraire, sous les clavicules, une altération quelconque du bruit respiratoire, telle que l'affaiblissement d'un côté, un peu de rudesse, le prolongement de l'expiration, quelques craquements, on ne pourra plus douter de l'existence de la phthisie, et l'idée d'une bronchite chronique devra être entièrement repoussée.

Si l'on a pensé que l'*emphysème pulmonaire* pouvait être confondu avec la bronchite chronique, c'est que dans la première de ces deux maladies il existe fréquemment un certain degré de catarrhe, et toujours une dyspnée plus ou moins considérable. Je renvoie le diagnostic de ces deux affections à l'article où je traiterai de l'emphysème.

Enfin, on a cherché à distinguer la bronchite chronique de la *dilatation des bronches ;* mais, dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, cette dilatation des bronches n'est autre chose qu'une conséquence de la bronchite elle-même; il suffira donc, lorsque nous aurons à nous en occuper, d'indiquer les caractères particuliers qu'elle présente.

Pronostic. — On a vu, par ce que nous avons dit à propos de la terminaison de la maladie, que la bronchite chronique n'est point dangereuse par elle-même; mais les sujets qui en sont atteints sont très exposés à contracter une pneumonie mortelle. Chez eux également, la bronchite aiguë, qui survient fréquemment, a plus de tendance à occuper une grande étendue des bronches, et, par suite à devenir très grave. Enfin, la bronchite chronique entraîne quelquefois à sa suite la dilatation des bronches. Il en résulte que cette affection est réellement sérieuse et demande des soins très attentifs, surtout chez les vieillards, qui sont bien plus exposés que l'adulte aux accidents que nous venons d'énumérer.

§ VII. — Traitement.

Si nous avons éprouvé beaucoup de difficulté à découvrir, dans les observations trop incomplètes que nous possédons, quelques résultats positifs relativement aux causes, aux symptômes et au diagnostic, nous en éprouvons bien plus encore quand il s'agit du traitement, trop fréquemment fondé sur une expérience peu concluante ou sur des opinions théoriques. Nous exposerons méthodiquement ce que les observateurs nous ont appris de plus précis.

Émissions sanguines, *émollients.* — Ces moyens ont été généralement très p[illegible] employés dans la bronchite chronique. Broussais (1) les a préconisés dans c[illegible] affection comme dans toutes les inflammations chroniques. Néanmoins on voit, lisant ses observations, qu'il ne les a guère appliqués qu'aux cas dans lesque[illegible] existait une exacerbation marquée, qui avait ramené la maladie à l'état aigu. [illegible]

(1) *Histoire des phlegmasies chroniques*, t. I, p. 195 et suiv., 3ᵉ édit.

au moins ce qu'il est permis de dire des émissions sanguines, dont Broussais s'est montré plus sobre dans cette maladie que dans les autres.

La *saignée générale* est rarement mise en usage. Cependant Armstrong (1) vante les effets de saignées très petites, pratiquées à des intervalles assez courts. Le même médecin regarde au contraire comme nuisibles les saignées trop abondantes. Plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Laennec et Stoll, pensaient que de trop fortes émissions sanguines perpétuaient les catarrhes chroniques. On voit par là qu'il n'y a rien de précis sur l'emploi de ce moyen, et que c'est au médecin à juger si l'existence de certains symptômes de l'état aigu l'autorise à y avoir recours. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *sangsues* et des *ventouses scarifiées* qui ont été un peu plus souvent appliquées.

Les *émollients* ont été mis en usage pour compléter le traitement antiphlogistique. Ce n'est donc que dans les cas où les émissions sanguines ont pu paraître indiquées qu'ils ont été prescrits. *Une tisane pectorole* et des *cataplasmes émollients* sont les moyens simples dont Broussais et le docteur Alizard (2) ont fait usage. En somme, on peut dire que la médication dite antiphlogistique est de peu d'importance dans l'affection qui nous occupe.

On peut rapprocher des médicaments de cette espèce un moyen qui a été employé par plusieurs médecins : je veux parler des *vapeurs humides* agissant sur la surface du corps. Le docteur Rapou (3) cite quelques cas de catarrhe pulmonaire chronique dans lesquels les *bains généraux de vapeur* ont eu du succès, et M. Girard (4) affirme avoir obtenu les meilleurs effets en maintenant les malades dans une atmosphère chargée de vapeurs émollientes, ou bien en faisant parvenir, au moyen d'un tuyau de fer-blanc, sous les couvertures du lit, les vapeurs qui s'exhalent du vase. On sent combien l'observation a encore à faire pour établir définitivement la valeur de ce moyen, qu'il est bon néanmoins de connaître.

Vomitifs, purgatifs. — Les vomitifs ont été très vantés dans le traitement de la bronchite chronique, mais on les a employés très diversement. Ainsi, tantôt on s'est borné à donner un ou deux vomitifs à la dose ordinaire, tantôt on les a répétés fréquemment, et tantôt enfin on a donné ces médicaments à haute dose. Laennec assure avoir obtenu, à l'aide des vomitifs répétés autant que le permettaient la force du sujet et la manière dont il supportait leur action, de nombreuses guérisons chez des vieillards, et surtout chez les adultes et les enfants. Il est fâcheux que nous n'ayons pas les détails des observations, afin de juger quelles étaient, dans ces cas, l'ancienneté et la gravité de la maladie.

Le vomitif dont on s'est le plus souvent servi est le *tartre stibié*. Pour l'administrer comme le faisait Laennec, on doit le donner à la dose de 5 ou 10 centigrammes, tous les deux ou trois jours, ou moins souvent si l'action paraissait trop forte. M. Thomson (5) veut qu'on donne l'émétique à haute dose, et par haute dose il entend 5, 10 ou 15 centigrammes, répétés toutes les deux ou trois heures, selon les circonstances. Jamais il ne lui a paru nécessaire d'élever la dose au-dessus de

(1) *Pract. illustr. of the scarlat. fever, and pulmon. consumpt.* London, 1818.
(2) *Bibl. méd.*; 1820, t. LXVII, p. 345.
(3) *Traité de la méth. fumigatoire*, t. I, p. 295 et suiv. Paris, 1824.
(4) Voy. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. I, p. 65.
(5) *Lect. on cas.*, etc. (*London med. Gaz.*, 1832-33, vol. II, p. 364.)

15 centigrammes. M. Gintrac père (1) cite dix cas dans lesquels il a obtenu de bons effets de l'emploi du tartre stibié à haute dose. Depuis lors, ce médecin, dans un bon travail (2) couronné par l'Académie de médecine de Paris, a rapporté de nouveaux cas qui viennent confirmer ses premiers résultats. Nous avons nous-même vu cette médication réussir parfaitement, surtout chez les vieillards.

Le tartre stibié à haute dose s'administre associé à l'opium, comme dans la pneumonie.

Quelques auteurs préfèrent l'*ipécacuanha*, et dans le nombre il faut citer principalement Elliotson (3), qui le regarde comme supérieur au tartre stibié. Il le prescrit à la dose de 1gr,50 tous les matins.

Enfin on a administré le *sulfure d'antimoine*, qui est d'un usage bien moins général; mais comme on l'a donné ordinairement à petite dose, c'est plutôt comme expectorant que comme vomitif qu'il a été prescrit. Le *polygala*, dont on a quelquefois recommandé l'usage, doit-il être rangé parmi les médicaments dont nous parlons? Nous ne le pensons pas, parce que les doses auxquelles il a été prescrit n'étaient pas suffisantes pour provoquer le vomissement.

Parmi les *purgatifs*, il faut citer d'abord le *calomel*, dont les Anglais font un si fréquent usage dans la bronchite chronique, comme dans tant d'autres maladies. C'est généralement à petites doses qu'il a été administré, et presque toujours on l'a associé à d'autres médicaments, soit toniques, soit narcotiques. Quelques médecins, et entre autres le docteur Williams, ont eu recours, et, suivant eux, avec succès, à la *teinture de colchique d'automne*; M. Williams la prescrivait à la dose de 20 gouttes par jour dans une cuillerée de liquide. Dans un cas, M. Lembert (4) appliqua 0,25 grammes d'*aloès* sur un vésicatoire, ce qui produisit plusieurs selles copieuses; mais il est impossible, dans l'observation, d'apprécier exactement l'effet que ce médicament produisit sur la maladie. Enfin, on a prescrit le *copahu*, auquel M. Mériadec Laennec semble n'accorder, dans cette circonstance, qu'un effet purgatif; mais comme plusieurs autres auteurs lui ont attribué une action spéciale, nous y reviendrons un peu plus loin.

On voit que nous n'avons rien trouvé de positif sur l'action des vomitifs et des purgatifs. Les premiers ont été plus fortement préconisés que les seconds; il serait nécessaire que des observations plus nombreuses vinssent nous éclairer sur la valeur des résultats obtenus au moyen des uns et des autres.

Expectorants. — Les médicaments dits expectorants ont été si généralement employés dans cette affection, qu'ils semblent en former la médication principale. Néanmoins, il faut le dire, on est bien loin de savoir à quoi s'en tenir sur leur efficacité; il n'est même pas démontré qu'ils aient agi comme expectorants dans un bon nombre de cas où on les a administrés comme tels. C'était dans le but de favoriser l'expectoration et de *donner du ton aux bronches relâchées* qu'on administrait autrefois un grand nombre de remèdes excitants. Quelques formules empruntées à Arétée et à Galien serviront à faire connaître quelles substances on employait, et comment on les associait.

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux*, octobre 1845.
(2) *Etudes sur les effets du tartre stibié à haute dose.* Bordeaux, 1851.
(3) *London med. Gaz.*, 1835, vol. XII, p. 103.
(4) *Journ. des progrès*, 1828, t. VIII, p. 338.

Arétée recommande les bols suivants :

Bols d'Arétée.

℞ Miel	25 gram.	Galbanum	56 gram.
Térébenthine	8 gram.		

Faites cuire ces substances ensemble, et, quand le mélange aura acquis une consistance convenable, faites-en des bols de la grosseur d'une fève ou d'une noisette, dont on prendra un ou deux matin et soir.

Le même auteur prescrivait encore la poudre suivante :

℞ Pouliot	60 gram.	Graines de lin	10 gram.
Cônes de pin Semences de chardon-marie	ãã 10 gram.	Poivre cuit	30 gram.

Pulvérisez. Prendre matin et soir une ou deux pincées de cette poudre dans du miel cuit.

Galien mêlait aux diverses substances excitantes une certaine quantité d'opium. Ainsi il prescrivait :

Bols de Galien.

℞ Styrax Galbanum Gomme ammoniaque	ãã parties égales.	Castoréum Opium	ãã parties égales.

Faites des bols de la grosseur d'une amande, dont on prendra un le soir.

Depuis lors, les excitants résineux et balsamiques, aussi bien que les expectorants proprement dits, ont été d'un usage général, et l'on trouve partout des formules dans lesquelles entrent ces médicaments.

Parmi les *expectorants proprement dits*, il faut citer l'*hyssope*, le *lierre terrestre*, la *scille*, le *polygala*, le *baume du Pérou*, le *benjoin*, le *kermès*, la *gomme ammoniaque* et les *vomitifs à faibles doses* qui sont journellement employés. Ils font partie d'une multitude de formules qu'il serait beaucoup trop long d'énumérer ici, et dont nous donnerons quelques-unes dans les ordonnances.

On a cherché à porter le médicament sur la membrane enflammée elle-même. Pour y parvenir, on a eu recours aux fumigations faites avec le *benjoin*, le *genièvre*, le *goudron*, et autres substances *excitantes*, telles que l'*iode* et divers *chlorures*. Ces fumigations de chlore et d'iode consistent en inspirations plus ou moins répétées, à l'aide de l'appareil de Gannal et Richard. M. Toulmouche (de Rennes) a employé ce moyen dans un assez grand nombre de cas, et il conclut de ses observations (1) que le chlore doit être administré dans la bronchite chronique, et que l'on abrége de beaucoup, par ce moyen, la durée d'une maladie opiniâtre, quelquefois même rebelle à toute espèce de traitement. Voici comment ce médecin procède aux fumigations :

FUMIGATIONS DE CHLORE, PROCÉDÉ DE M. TOULMOUCHE.

L'appareil dont on doit se servir se compose d'un flacon à large goulot, fermé

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1834, 2ᵉ série, t. IV, p. 576, et *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IX, p. 342.

par un bouchon percé de deux ouvertures, l'une pour y faire passer un tube de verre droit, destiné à plonger dans l'eau; l'autre un second plus volumineux du double, recourbé à angle obtus et légèrement aplati à l'extrémité : c'est ce dernier tube qui doit être introduit dans la bouche du malade. Ce flacon est chaque fois rempli, au quart, d'eau chaude dans laquelle on verse l'eau chlorée goutte par goutte; on applique aussitôt le bouchon tubulé, et l'on commence les aspirations. On les pratique de quatre à six fois par jour, pendant dix minutes ou un quart d'heure. Quant à la dose du médicament, elle doit être progressive : on commence par 10 gouttes, et l'on va en augmentant tous les jours, tantôt de 5 gouttes seulement, tantôt du double, suivant la susceptibilité du sujet, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à 30 ou 40 gouttes, dose qu'il est ordinairement inutile de dépasser. Il faut avoir soin de recouvrir avec un papier noir le flacon contenant l'eau chlorée.

Quelquefois cette médication produit un effet beaucoup trop irritant, et donne lieu à des accidents assez graves de bronchite aiguë. C'est un point sur lequel n'ont pas insisté les auteurs qui l'ont préconisée. Le médecin devra surveiller attentivement l'action du médicament, car elle pourrait être plus vive qu'il ne le désire.

Suivant Laennec, l'usage intérieur de l'eau de *goudron* pour boisson habituelle a quelquefois suffi pour guérir des catarrhes chroniques. Dans le cas où l'on voudrait administrer ce médicament, on prescrirait :

℞ Goudron.............. 500 gram. | Eau.................. 10,000 gram.

Mettez le tout dans un vase, et agitez de temps en temps le mucilage avec une spatule de bois. Après dix jours de macération, décantez et filtrez; édulcorez avec quantité suffisante de sirop de gomme ou de tolu. A prendre par tasses, pure ou coupée avec du lait.

Dans le cas où l'on voudrait administrer ce médicament *en vapeur*, on le ferait bouillir lentement, soit seul, soit mêlé avec de l'eau, dans la chambre du malade, de manière à en charger l'atmosphère.

Enfin, on a proposé les fumigations de *créosote*. Suivant M. Junod, qui dirige principalement l'action de ce médicament contre la phthisie pulmonaire, il suffit de placer près du lit du malade un flacon bouché à l'émeri et contenant de la créosote; l'odeur qui s'en exhale, même sans ôter le bouchon, est généralement assez forte pour remplir les intentions du médecin. Pour obtenir une action plus puissante, on verserait quelques gouttes de créosote sur un linge.

M. Martin-Solon a fait faire des fumigations avec l'*eau créosotée*. Pour les pratiquer, il suffit de verser dans l'appareil mis en usage par M. Toulmouche 4 ou 5 gouttes de créosote, au lieu de chlore liquide.

Quant aux fumigations faites avec des *substances résineuses*, il faut en projeter une certaine partie sur des charbons ardents ou sur une plaque de fer rouge, et aspirer la fumée qui se dégage. On peut aussi en charger l'atmosphère d'une chambre, dans laquelle on fait séjourner le malade pendant un temps plus ou moins long, suivant qu'on le juge nécessaire.

On doit rapprocher de ce traitement celui qui a été proposé par le docteur Drake (de New-York), et qui a été rapporté par MM. Blache et Chomel; ce sont *les aspirations d'air froid*. Voici comment M. Drake applique ce moyen :

ASPIRATIONS D'AIR FROID (M. DRAKE).

Pour exciter une action révulsive à la surface du corps, il fait envelopper la poitrine d'un vêtement ouaté avec de la laine et doublé de fourrure ; il fait ensuite placer le malade dans un lit bien chaud, ou bien il le met dans un bain à la température de 98° Fahr. (29° R.). Dans cette situation, il lui fait respirer, au moyen d'un tube, l'air atmosphérique, lorsque sa température est assez basse : dans le cas contraire, il fait passer l'air dans un réservoir où il le refroidit jusqu'à 40° Fahr. (3° R.) au moyen de la glace. Il fait ordinairement continuer l'inspiration de l'air froid pendant une heure, et il y revient jusqu'à trois fois par jour.

Lorsque la température de l'air inspiré n'est pas supérieure à 50° Fahr. (8° R), il en résulte constamment une sensation agréable de fraîcheur dans la poitrine, accompagnée parfois d'élancements douloureux dans les épaules, que les malades rapportent aux parties extérieures et aux muscles. Le pouls, s'il est fréquent, diminue de vitesse *au point d'être réduit quelquefois*, ce qui est bien difficile à admettre, à 10 ou 12 *pulsations par minute*. Ce moyen calme généralement la toux, et, au bout de deux ou trois jours, il diminue sa fréquence de moitié, en rendant l'expectoration plus libre et plus facile. La chaleur devient plus supportable, et la peau elle-même devient plus souple et plus douce au toucher.

Suivant M. Drake, c'est surtout pendant la saison chaude que cette médication est avantageuse.

Après avoir exposé cette méthode de traitement, les auteurs que nous venons de citer font remarquer que M. Drake a été principalement guidé par des idées théoriques, et qu'il serait nécessaire, pour se prononcer, de posséder de nouvelles et nombreuses observations qui nous manquent. On ne peut s'empêcher de partager cette opinion, et de remarquer, en outre, que si cette médication a paru *principalement* avantageuse dans la saison chaude, c'est sans doute parce que la maladie tend naturellement à s'améliorer dans cette saison.

Révulsifs. — Ce sont encore là des moyens que l'on a employés dans presque tous les cas. On a cherché, en produisant une révulsion plus ou moins forte sur la peau, à faire cesser l'état d'irritation chronique dans lequel se trouvent les bronches. A cet effet, on a mis en usage les *rubéfiants*, les *irritants* de la peau : ainsi les *sinapismes* sur les parois de la poitrine, les *frictions sèches* ou rendues *stimulantes* par un liquide alcoolique chaux, sur le thorax et les membres. La plupart des médecins ont porté cette médication à un degré d'action plus haut encore, en mettant en usage, soit l'*huile de croton tiglium*, soit la *pommade d'Autenrieth* en frictions sur la poitrine. Plus souvent encore, on applique sur les parties extérieures et latérales du thorax un *emplâtre de poix de Bourgogne* saupoudré avec 1 gramme ou plus de tartre stibié, jusqu'à production de pustules. Thomson avait ordinairement recours à ce dernier moyen. Le docteur Elliotson, au contraire, le traite de moyen dur et cruel. Il est fort difficile, comme on le voit, de se prononcer sur une médication aussi diversement jugée ; et malheureusement l'absence de bonnes observations nous empêche d'apprécier avec rigueur la valeur de ces opinions contraires. Les *ventouses* sèches et scarifiées ont encore

été employées comme révulsifs. M. Dubourg (1) a rapporté plusieurs cas dans lesquels ces moyens auraient eu du succès; mais ces expériences n'ont pas été renouvelées.

On a enfin eu l'idée d'appliquer sur la poitrine des *vésicatoires* ou des *sétons*. Les vésicatoires ont été très fréquemment mis en usage; ils ont été recommandés par Laennec, Broussais, Andral, Thomson, etc., mais sans qu'on puisse s'assurer, par les observations, qu'ils aient eu une efficacité réelle. Il faut en dire autant de la vésication produite par la *pommade de Gondret*, et du *séton*, qui a été beaucoup plus rarement employé. Nous trouvons néanmoins une observation de M. Rostan (2) qui est tout à fait en faveur de l'efficacité du séton. Par ce moyen, en effet, une bronchite chronique qui avait résisté à l'emploi de beaucoup d'autres moyens, guérit avec rapidité et radicalement. Suivant la recommandation de M. Rostan, il faut mettre un *large* séton, et même plusieurs si le cas l'exige Il est toutefois bien difficile de se former une opinion sur ces moyens, qui n'ont pas encore été expérimentés rigoureusement, et auxquels on a eu recours trop souvent, plutôt par habitude que par la certitude où l'on était de leur efficacité. Cependant si, avec les symptômes ordinaires de la bronchite, il existe des douleurs plus ou moins vives dans les parois de la poitrine, on doit espérer de bons effets de ce médicament topique, et surtout du vésicatoire, si puissant contre ces espèces de douleurs.

Dans quelques cas, de bons effets ont été produits par l'application de l'*emplâtre stibié*, c'est un fait dont on ne peut douter; mais est-ce à l'irritation produite par l'émétique qu'il faut rapporter uniquement le succès? L'application d'un emplâtre sur les parois de la poitrine, abstraction faite de toute autre action du médicament, n'y entrerait-elle pas pour beaucoup? On est autorisé à se faire cette question, lorsque l'on remarque les effets que produit un simple *emplâtre de diachylon* appliqué sur le thorax. Non-seulement, en effet, il fait disparaître les douleurs dont nous venons de parler, mais encore il calme, le plus souvent, les principaux symptômes de la bronchite. C'est donc là un moyen bien simple qu'il ne faut pas perdre de vue, et qui, sans avoir assez d'efficacité pour triompher de la maladie, procure néanmoins une amélioration notable, et prévient parfois des exacerbations dangereuses.

Astringents. — Les médicaments de ce genre ont été mis en usage dans le but de donner plus de ton à la membrane muqueuse relâchée, et d'arrêter une sécrétion trop abondante; aussi est-ce dans les cas désignés sous le nom de *bronchorrhée* qu'on les a plus particulièrement administrés. La *ratanhia*, la *monésia*, le *carbon*, le *tannin*, et surtout l'*acétate de plomb*, sont ceux qui ont été le plus fréquemment mis en usage. Nous ne parlerons pas des premiers, parce que les expérimentations à leur égard ne sont pas suffisantes. Quant à l'acétate de plomb, il est mis au premier rang des remèdes contre la bronchite chronique par le docteur Henderson, qui l'administre de la manière suivante (3) :

(1) *Mém. lu à l'Acad. de méd.*, mars 1830.
(2) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1835
(3) *London med. Gazette*, 1839-40, vol. XXVI, p. 263.

Pilules d'Henderson.

℞ Acétate de plomb...... / Extrait de jusquiame...	àà 2 gram.	Scille..............................	2 gram.

F. s. a. quarante pilules dont on prendra trois ou quatre par jour.

Si le médecin ne trouvait pas la dose suffisante, il pourrait doubler la quantité de l'acétate de plomb. Chez les enfants, on ne doit jamais la dépasser.

Si l'on en croit M. Henderson, au bout de peu de temps, la sécrétion surabondante commence à se tarir, et avec elle ne tardent pas à disparaître les autres symptômes de la bronchite chronique. Ce sont là des assertions qu'il faut renvoyer à l'examen des observateurs.

Narcotiques. — Nous arrivons enfin à une médication qui, depuis les temps les plus reculés, a joui du plus grand crédit : je veux parler de la médication par les *narcotiques*. Nous avons vu plus haut que déjà Galien avait associé l'*opium* à toutes ses préparations dirigées contre le catarrhe chronique. Il a été imité par la plupart des médecins qui l'ont suivi ; mais presque toujours, jusqu'à ces derniers temps, on a mêlé ce médicament à d'autres substances, auxquelles on n'attribuait pas une moindre efficacité. Voici, par exemple, la formule qu'employait le plus souvent Ettmüller (1) :

℞ Blanc de baleine...... / Succin préparé	àà 1 gram.	Opium..................	0,15 gram.

Mêlez. Divisez en huit parties égales, dont on donnera une à cinq heures après midi, et une autre à l'entrée au lit, après un léger repas.

Le *datura stramonium* a été administré dans les mêmes circonstances, et maintes fois on a observé qu'il calmait la toux et rendait l'expectoration plus facile, dans des cas où l'opium n'avait pas pu produire ces effets avantageux. M. Elliotson prétend néanmoins que cette substance ne diminue pas la toux ; mais cette assertion, à l'appui de laquelle il ne fournit aucune preuve, est démentie par les faits qui se passent journellement sous nos yeux.

Le datura est prescrit sous plusieurs formes. La plus commode est celle d'extrait, que l'on administre en pilules. On peut encore le donner, comme le conseille Laennec, en poudre récemment préparée, à la dose de 3 à 5 centigrammes. « Son administration, dit cet auteur, est souvent suivie de la cessation subite, mais momentanée, de la dyspnée. Si l'on explore dans ce moment, ajoute-t-il, la respiration à l'aide du stéthoscope, on voit qu'elle n'est ni plus libre ni plus étendue qu'auparavant ; et cependant le malade n'éprouve plus d'oppression, le besoin de respirer est par conséquent diminué. » Dans ces derniers temps, on a imaginé de fumer le datura sous forme de cigarettes. Nous avons indiqué ce moyen dans un des précédents articles, et nous y reviendrons à l'occasion de l'emphysème pulmonaire.

Ce que nous venons de dire du datura stramonium s'applique entièrement à la

(1) *De viis respir. Opera lat., omnia.* Lugduni, 1690, t. I, p. 173.

belladone, dans laquelle Laennec avait une très grande confiance, et qu'il administrait de la même manière.

Plusieurs autres préparations narcotiques ont été mises en usage : ainsi la *jusquiame*, en fumigation, par M. Elliotson ; la *ciguë*, l'*hydrochlorate*, l'*acétate de morphine*, la *codéine*, les *pilules de Morton*, la *poudre de Dower*, etc., par un grand nombre de médecins. Mais il est inutile de multiplier ces indications, attendu que tous ces médicaments agissent de la même manière, quoique avec un degré d'efficacité différent.

Si, pour quelques motifs, on craignait d'introduire ces substances dans les voies digestives, on pourrait se servir de la méthode endermique, comme M. Lembert l'a fait avec succès dans un cas. L'*acétate de morphine*, d'abord appliqué à la dose de 3 centigrammes, fut porté dans l'espace de vingt jours, après plusieurs suspensions du traitement, à la dose de 20 centigrammes, et la maladie, qui durait depuis quatorze ans, eut bientôt complétement disparu. Il est fâcheux que l'auteur ne nous ait point donné la description de l'état de la poitrine, à l'époque de la sortie du malade de l'hôpital.

Copahu, térébenthine, poivre cubèbe. — Les effets du baume de copahu, dans la blennorrhagie, ont donné l'idée d'employer cette substance dans presque toutes les affections dites catarrhales. Aussi n'a-t-on pas manqué d'y recourir dans la bronchite chronique. Déjà Hallé (1) avait indiqué un cas où une expectoration des plus abondantes et d'aspect purulent fut tarie rapidement, à la suite de l'administration du baume de copahu. En 1818, John Armstrong fit connaître la manière dont il administrait ce médicament, auquel il attribue une grande influence. La voici :

TRAITEMENT PAR LE COPAHU, PAR ARMSTRONG.

D'abord on administre ce médicament dans de l'eau ou dans un mucilage, à la dose de 30 ou 40 gouttes, trois fois par jour. Les jours suivants, on augmente la dose de 5 ou 10 gouttes, jusqu'à ce que l'on soit parvenu à 60 ou 80.

Quand, dès les premiers jours, l'expectoration et la toux diminuent, il est inutile de porter la dose aussi haut. Dans le cas contraire, on peut la dépasser sans inconvénient. Si le malade n'éprouve que quelques nausées ou un seul vomissement, il ne faut pas suspendre l'administration du remède, car ses effets sont plutôt utiles que nuisibles ; mais, dans quelques cas, le copahu agit comme un violent cathartique : on doit alors l'administrer dans une petite quantité d'eau de menthe, avec quelques gouttes d'alcool ou de vin aromatique camphré, ce qui suffit pour prévenir l'accident.

Laroche (2) a publié quelques observations, dans lesquelles le baume de copahu, administré à peu près de la même manière, a paru produire d'heureux effets. Néanmoins il faut dire que ce médicament a toujours été associé à d'autres, et notamment à l'opium, en sorte qu'il est difficile de juger de son efficacité réelle. C'est au praticien à renouveler les expériences avec les précautions que nous avons indiquées.

(1) *Œuvres de Tissot*. Paris, 1807, t. I, note du chap. IV, p. 150.
(2) *North Amer. medic. and surg. Journal*, 1826.

M. Bretonneau (1) fit disparaître une bronchite chronique des plus intenses à l'aide du *baume de copahu* administré *en lavement*.

M. le docteur Avisard (2) a publié une observation de catarrhe pulmonaire chronique guéri par l'emploi de la *térébenthine*. Le sujet qui présentait depuis quatre mois tous les symptômes de la bronchite chronique, fut, dit l'auteur, complétement guéri, le douzième jour du traitement, par cette substance administrée en pilules, à la dose de 2 grammes, que l'on porta ensuite progressivement jusqu'à 12 grammes. Au premier abord, ce fait paraît aussi concluant que peut l'être un fait isolé; mais je dois faire remarquer qu'au moment où l'on prescrivit la térébenthine, la maladie commençait à s'améliorer considérablement, en sorte qu'on pourrait bien avoir attribué au médicament une guérison entièrement spontanée.

Le même motif qui a fait employer le baume de copahu a engagé à mettre en usage le *poivre cubèbe*. M. Gray (3) rapporte un cas où l'on voit un homme, affecté depuis trois ans d'une toux opiniâtre avec expectoration abondante, guérir promptement pendant l'administration du poivre cubèbe. Il affirme qu'il a observé plusieurs cas analogues; mais ces faits, qui ne sont pas par leur nature aussi concluants que paraît le croire l'auteur, puisque des frictions irritantes, le changement de régime, des habitudes nouvelles, ont agi concurremment, ne sont en outre ni assez nombreux ni assez détaillés pour fixer définitivement notre opinion. Il importait néanmoins de les faire connaître.

Moyens divers. — Enfin on a employé plusieurs autres médicaments, qui sont d'un usage moins répandu : ainsi, chez les sujets faibles, et dont la maladie durait depuis longtemps, on a mis en usage les *toniques*, parmi lesquels le *quinquina* tient le premier rang. On a eu recours aux *ferrugineux*, principalement chez les femmes dont les règles se trouvaient suspendues. Laennec a employé les *excitants spiritueux* de la même manière que dans la bronchite aiguë; mais il ne paraît pas avoir obtenu les mêmes succès.

M. Piorry (4), dans trois cas où l'expectoration était très abondante, imagina de soumettre les malades à l'*abstinence des boissons*, comme le fait M. Williams (voy. p. 287) pour le coryza aigu. Bientôt les crachats se supprimèrent, et la guérison fut complète. M. Piorry ajoute qu'il possède huit observations semblables, qui ne lui permettent pas de douter que, dans beaucoup de cas, on ne puisse tirer un parti très avantageux de l'abstinence complète des boissons. Il est à désirer que ces expériences soient continuées de manière à nous faire connaître exactement quel est le degré d'efficacité de ce moyen, et dans quel cas il est applicable.

Le *soufre* et les *préparations sulfureuses* possèdent, d'après quelques médecins, une espèce de vertu spécifique dans les maladies chroniques de la poitrine, et principalement dans la bronchite chronique. J'ai déjà indiqué le *soufre doré d'antimoine*. On a aussi administré les *fleurs de soufre* à la dose de 3 décigrammes, dans un looch ou en pilules; mais ce qu'on a recommandé avec le plus de confiance, ce sont les *eaux sulfureuses*, et principalement celles de Cauterets, de Saint-Sauveur,

(1) Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*, t. I, p. 390. Paris, 1828.
(2) *Bibl. méd.*, 1820, t. LXVII, p. 345.
(3) *London med. Gazette*, t. XXVI, p. 98.
(4) *Bulletin clinique*, 1835, et *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. IV, p. 138.

les Eaux-Bonnes, dans les Pyrénées ; celles d'Aix, en Savoie, etc. (1). Il est inutile d'ajouter que l'observation exacte ne nous a rien appris de précis sur ce moyen.

Le docteur Graves affirme qu'il a obtenu les plus heureux effets de l'emploi du *mercure* agissant d'une manière spéciale sur la muqueuse des bronches ; mais les observations ne sont pas assez concluantes et n'ont pas été assez répétées pour qu'on puisse se prononcer positivement.

M. Michéa (2) a vanté l'action du *phellandrium aquaticum* dans les bronchites chroniques. Il donne de deux à quatre cuillerées, par jour, de *sirop de phellandrium*. Je reviendrai sur ce médicament à l'article *Phthisie*.

Enfin, M. le docteur Clertan (de Dijon) (3), a vu les bronchites opiniâtres céder promptement à l'usage de la décoction de *lichen amer*.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CHRONIQUE.

1° Le régime sera léger, sans être débilitant. Le malade évitera tout excès et tout écart de régime.

2° On lui fera porter de la flanelle sur la peau.

3° Il évitera les courants d'air, l'action du froid humide et le passage brusque du froid au chaud.

Résumé, ordonnances. — Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, nous pouvons réunir ici sans commentaire les principales ordonnances qui en résultent.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE BRONCHITE CHRONIQUE DE MÉDIOCRE INTENSITÉ.

1° Pour tisane :

℞ Infusion d'hyssope....	1000 gram.	Oxymel scillitique.........	65 gram.

A prendre par petites tasses, dans la journée.

2° ℞ Gomme adrag. en poudre.	1 gram.	Infusion d'hyssope..........	130 gram.
Kermès minéral.......	0,10 gram	Sirop de Tolu..............	35 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerée d'heure en heure.

3° ℞ Extrait de belladone..	0,20 gram.	Conserve de rose..........	1 gram.

Faites huit pilules, dont on prendra une le matin et une le soir.

4° Un emplâtre de diachylon sur la partie antérieure de la poitrine.

5° Régime doux et léger. Porter de la flanelle sur la peau, etc.

(1) Pour ces diverses stations thermales, consultez le *Dictionnaire des Eaux minérales* de MM. Durand-Fardel, Lebret et Lefort.

(2) *Bulletin de thérap.*, décembre 1847.

(3) *Journ. des connaissances méd. prat.*, août 1852.

décrites. Chez une jeune fille de quinze ans, le docteur Eric Acharius (1) observa, dans l'espace de six mois, un très grand nombre de ces exacerbations qui s'annonçaient par une *toux sèche*, un peu de *dyspnée* et une sensation de *picotements* à la gorge. Les ramifications avaient souvent la grosseur d'une plume à écrire, et se divisaient ensuite en un grand nombre de plus petites. Un cas cité par M. Warren (*loc. cit.*) est remarquable en ce que l'expectoration pseudo-membraneuse, qui succédait à une suffocation intense accompagnée de fièvre, et durant quelquefois douze ou quinze heures, avait lieu tous les cinq, huit, dix ou même vingt jours. La première de ces attaques était survenue dans le cours d'une bronchite qui n'offrait rien de particulier. Cette affection dura plus d'un an. Au bout de ce temps, la guérison fut obtenue, et coïncida avec une carie du calcanéum.

Dans les cas rares où l'affection suit cette marche, le soulagement, après l'excrétion de la pseudo-membrane, est encore plus marqué que dans le cas où la maladie est aiguë. Presque immédiatement après, les malades se trouvent à peu près dans leur état de santé ordinaire, jusqu'à ce qu'une nouvelle invasion ait lieu.

Nous n'en dirons pas davantage sur ces cas, qui sont fort rares, et qui ont généralement été étudiés fort superficiellement.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de cette maladie est très différente, selon qu'elle est aiguë ou chronique. Dans le premier cas, la marche est rapide ; les symptômes vont toujours croissant, ou si, après une expectoration abondante de pseudo-membranes, un soulagement survient, il n'est pas de longue durée, et les principaux symptômes conservent un certain degré d'intensité. Lorsqu'au contraire la bronchite se présente sous la forme chronique, elle consiste, comme on l'a vu, en attaques séparées par des intervalles plus ou moins grands, pendant lesquels la santé est presque complétement rétablie. Mais ne devrait-on pas plutôt admettre qu'il y a, en pareil cas, un certain nombre de récidives de la même maladie à l'état aigu ? Cette opinion peut être soutenue ; mais, avec les matériaux que nous possédons, il n'est pas possible de la résoudre. Toujours est-il que les cas dont il s'agit ont une marche fort différente de la marche ordinaire.

La *durée* de l'affection varia de cinq à huit jours chez les enfants observés par M. Fauvel ; elle ne fut pas plus considérable chez les adultes, lorsque la maladie présenta l'état aigu. Dans le cas contraire, nous avons vu qu'elle avait persisté pendant six mois ; suivant le docteur Cheyne (*loc. cit.*), elle peut même durer plus d'un an.

Il est difficile de se prononcer sur la *terminaison* de la maladie. Des enfants observés par M. Fauvel, la grande majorité a succombé. Dans les cas, au contraire, qui ont été observés chez les adultes, et dont l'histoire a été publiée, la guérison a presque toujours eu lieu. Cette différence ne tiendrait-elle pas à ce que, le plus grand nombre des cas mortels de la maladie qu'on a désignée sous le de *catarrhe suffocant*, l'autopsie n'a pas été faite de manière qu'on pût naître positivement la lésion des bronches ? Cette manière de voir nous paraît peu admissible.

London med. and phys. Journ., 1802, t. VIII, p. 201.

Faites infuser dans :

Eau commune.................................... 1000 gram.

Ajoutez :

Miel blanc.................................... 60 gram.

A prendre par grandes tasses.

2° Fumigations vers les bronches, soit avec le chlore (Toulmouche), soit avec l'eau créosotée (Martin-Solon), soit avec la vapeur du goudron (Laennec), soit enfin avec la fumée du baume de Tolu, du benjoin, etc.

3° Administrer les vomitifs répétés.

4° Frictions sèches sur le thorax et sur les membres.

5° Appliquer sur la poitrine un emplâtre de poix de Bourgogne, soit simple, soit saupoudré avec l'émétique ; ou bien y pratiquer des frictions avec la pommade stibiée, l'huile de croton tiglium, etc. ; ou mieux encore, appliquer un simple emplâtre de diachylon, qui a le plus souvent de très bons effets.

IVe Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CHRONIQUE AVEC EXPECTORATION TRÈS ABONDANTE

(*catarrhe pituiteux*, *bronchorrhée*).

1° Pour tisane :

℞ Racine d'aunée.........	5 gram.	Lierre terrestre..........	ãã 10 gram.
— de réglisse.......	10 gram.	Fleurs de tussilage........	

Faites bouillir pendant cinq minutes dans :

Eau commune.................................... 1000 gram.

Laissez refroidir, passez avec expression, et ajoutez :

Sirop de Tolu.................................... 35 gram.

2° Faire les fumigations indiquées dans l'ordonnance précédente.

3° Appliquer sur le thorax, et ensuite sur les extrémités, un ou plusieurs vésicatoires (Laennec).

4° Supprimer les boissons (Piorry).

5° Vomitifs répétés.

Ve Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CHRONIQUE PAR LE COPAHU ET LA TÉRÉBENTHINE.

1° Une des tisanes prescrites dans les ordonnances précédentes.

2° ℞ Baume de copahu.....	10 gram.	Teinture d'acétate de fer......	5 gram.
Gomme arabique.....	5 gram.	Sirop de baume du Pérou	35 gram.
Vin blanc...........	80 gram.		

Une cuillerée trois fois par jour (Lockstaedt).

3° Dans le cas où l'on voudrait employer de préférence la térébenthine, on la prescrirait ainsi qu'il suit :

℞ Térébenthine de Chio... Blanc de baleine......	ââ 20 gram.	Poudre de myrrhe........... 10 gram. — d'oliban............. Q. s.

Faites des pilules de 15 centigrammes, dont on prendra de quatre à douze par jour.

On peut encore prescrire l'émulsion vineuse de térébenthine, qui provoque toujours moins d'accidents du côté du tube digestif :

℞ Térébenthine......... Gomme arabique......	[illegible] gram.	Vin blanc.................. 60 gram. Sirop de baume du Pérou...... 30 gram.

Faites une émulsion à prendre par cuillerées.

On peut enfin employer le baume de copahu et la térébenthine ensemble, comme le fait M. Lallemand pour d'autres maladies :

℞ Baume de copahu..... Térébenthine.........	ââ 10 gram.	Huile de succin rectifiée...... 10 gram.

A prendre à la dose de 6 à 30 gouttes, dans une cuillerée à bouche de sucre en poudre.

Nous ne donnons point d'ordonnances particulières pour les enfants, parce que les mêmes moyens leur conviennent, et qu'il suffit de proportionner la dose à leur âge.

Nous pourrions multiplier à l'infini ces ordonnances ; mais ce serait un travail inutile, car rien n'est plus facile que de varier les prescriptions de ce genre, en connaissant les médicaments simples qui ont été mis en usage. Une réflexion qui s'applique à toutes ces médications, c'est que leurs résultats ne sont pas connus d'une manière positive. On ne peut même s'empêcher de remarquer que la richesse de la thérapeutique sur ce point est une cause de l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons sur la valeur de chaque moyen en particulier. Chacun, en effet, employant de préférence tel ou tel remède, il en résulte que les expériences sont trop variées et ne concordent pas entre elles. De plus, la facilité avec laquelle on a toujours groupé dans une même formule un grand nombre de substances préconisées, fait qu'on parvient difficilement à distinguer l'action qui est propre à chacune d'elles. Celui donc qui débrouillera ce chaos et établira rigoureusement la valeur de quelques-unes des médications simples qu'on peut opposer à la bronchite chronique, rendra un véritable service à la science.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Dans le catarrhe chronique qui présente encore quelques signes de l'état aigu :* Émissions sanguines modérées ; émollients ; narcotiques.

2° *Dans la bronchite chronique sans expectoration extraordinaire :* Vomitifs ; purgatifs ; expectorants ; révulsifs ; astringents ; narcotiques ; inspiration d'air froid (Drake) ; préparations sulfureuses.

3° *Dans la bronchite chronique avec expectoration très abondante* (catarrhe pituiteux, bronchorrhée) : Vomitifs ; révulsifs ; fumigations excitantes ; baume de copahu ; térébenthine.

ARTICLE IV.

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

La maladie dont il va être question dans cet article est une de celles qui ont été le moins bien étudiées. Nous possédons néanmoins un assez grand nombre de travaux particuliers propres à jeter quelque jour sur elle; mais comme la plupart d'entre eux ne renferment que des faits incomplets, et présentés seulement à l'exception d'un petit nombre, comme de simples objets de curiosité, il s'ensuit que cette affection est enveloppée de beaucoup d'obscurité. Toutefois, dans ces derniers temps, quelques observateurs, parmi lesquels il faut citer J. Cheyne, MM. Bland (de Beaucaire), Cazeaux, Fauvel et Thore fils, ont publié sur cette maladie, qui est à la bronchite simple comme le croup à la laryngite simple, des recherches fort importantes et dont je ferai un grand usage.

Rarement la bronchite pseudo-membraneuse a été envisagée comme une affection indépendante. Il est vrai que le plus souvent elle n'est qu'une extension de la laryngite et de la trachéite pseudo membraneuse, et que, lors même que les bronches seules sont affectées, l'inflammation est parfois pseudo-membraneuse dans un point et purulente dans l'autre; cependant on a observé plusieurs cas, et j'en citerai des exemples, où l'inflammation pseudo-membraneuse a existé seule, ce qui nous oblige à présenter son histoire à part. M. Fauvel (1) a compris dans la même description la bronchite avec production de fausses membranes et la bronchite avec simple sécrétion purulente. Le nombre limité de faits qu'il possédait, et la ressemblance, sous le rapport des symptômes, entre ces deux sortes de bronchites, ont pu l'autoriser à agir ainsi; mais nous qui avons à tracer une classification rigoureuse et à analyser les faits observés chez les adultes aussi bien que chez les enfants, nous devons distinguer soigneusement deux espèces si différentes. C'est, au reste, ce qui a été fait par M. Bland (2). Cet auteur a en effet admis : 1° une bronchite *méningogène*, 2° une bronchite *pyogène*, 3° une bronchite *myxagène*, 4° une bronchite *composée*, c'est-à-dire dans laquelle les espèces précédentes, ou seulement deux d'entre elles, se trouvent réunies.

Après avoir montré que l'on doit regarder la bronchite pseudo-membraneuse comme une maladie particulière, nous allons exposer ce que nous savons de plus intéressant à son sujet. Cette exposition sera rapide, car l'incertitude qui règne sur un grand nombre de points, et qu'il est impossible de dissiper complétement, ne me permet pas d'entrer dans de longs détails.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *bronchite pseudo-membraneuse* est, comme son nom l'indique, une inflammation des bronches caractérisée par une production plus ou moins étendue de fausses membranes à la surface de ces canaux.

Cette affection a reçu, jusqu'à ces derniers temps, un assez grand nombre de noms différents. On la désigne par les expressions de *catarrhe suffocant*, ...

(1) *Rech. sur la bronchite capill. purul. et pseudo memb. chez les enfants, etc.* Paris, 1840.
(2) *Nouv. rech. sur la laryngo-trachéite*, Paris, 1823, p. 454 et suiv.

bronchique, *croup chronique* (1), *polype bronchial* (2). Le docteur J. North (3) et Warren (4) ont employé la même dénomination. Le docteur W. T. Iliff (5) lui donne le nom de *extensive bronchial inflammation*; d'autres auteurs, dont il sera fait mention plus loin, ont décrit cette affection sous les titres de *polype pulmonaire*, *hydatide des voies aériennes*, etc.

On peut dire d'une manière générale que cette affection *n'est point fréquente*. Néanmoins, si l'on a égard à toutes les observations qui ont été recueillies, et surtout si l'on n'exclut pas les cas où la maladie a commencé par la trachée, on reconnaît qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croit généralement d'après l'obscurité qui règne sur son histoire.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que des renseignements très peu précis sur les causes propres à cette affection. Le peu de détails renfermés dans les observations et le petit nombre de ces observations lui-même ne nous permettent pas d'obtenir des indications aussi positives qu'on pourrait le désirer.

Le docteur Cheyne pense que la maladie est beaucoup plus fréquente chez les vieillards que dans tout autre *âge*; mais en parcourant les observations, et surtout celles qui ont été recueillies dans ces dernières années chez les enfants, on voit que c'est par une simple coïncidence que ce médecin en a rencontré un plus grand nombre de cas chez des sujets d'un âge avancé. La majorité des faits que nous avons sous les yeux a été observée chez des femmes; mais le nombre de ces faits est tellement limité, et la différence (de 8 à 10) si peu considérable, que ces chiffres ne peuvent servir que comme document pour des recherches ultérieures.

Dans deux des cas que nous avons rassemblés, la bronchite pseudo-membraneuse s'est produite dans le cours d'une fièvre assez intense, que l'on pourrait rapporter à la fièvre typhoïde, mais qui n'est pas parfaitement caractérisée; dans d'autres, et notamment dans celui dont M. Cazeaux (6) nous a laissé l'intéressante histoire, il a existé des signes de pneumonie. Cette dernière coïncidence fut beaucoup plus remarquable dans l'épidémie de grippe qui sévit à Paris en 1837. Un certain nombre de pneumonies, survenues vers la fin de l'épidémie, offrirent en effet des fausses membranes dans les bronches des lobes hépatisés. M. Nonat (7) a principalement insisté sur les faits de ce genre, auxquels nous ne donnerons pas une plus grande place dans cet article, parce que la bronchite pseudo-membraneuse, bien qu'elle ait ajouté une grande gravité à la maladie, n'était réellement, dans ces cas, qu'une complication. On a enfin trouvé cette affection chez des sujets scrofuleux ou affaiblis par une maladie antécédente.

Tels sont les renseignements bien vagues que nous avons sur les causes prédisposantes de la bronchite pseudo-membraneuse.

(1) Starr, *London med. Gazette*, 1839-40, t. XXV, p. 735.
(2) J. Cheyne, *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1808, t. IV, p. 441.
(3) *London med. Gazette*, 1838, t. XXII, p. 330.
(4) *Med. Trans. London*, 1785, vol. I, p. 407.
(5) *London med. Reposit.*, 1820, t. XVIII, p. 207.
(6) *Bulletin de la Soc. anat.*, 3e série, 1838.
(7) *Rech. sur la grippe, etc.* (*Arch. de méd.*, 2e série, 1837, p. 5 et suiv.).

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont encore plus obscures, car, à l'exception d'un cas rapporté par le docteur Iliff (*loc. cit.*), et dans lequel nous voyons que le malade a été atteint après s'être mouillé et exposé au *froid*, nous ne trouvons aucun renseignement précis dans aucune autre observation. Chez les sujets observés par M. Fauvel, on ne remarqua point de coïncidence entre un refroidissement quelconque et le début de la maladie. Comme, dans la majorité des cas, l'affection débute par les signes d'un rhume ordinaire, on doit admettre que les causes du catarrhe pulmonaire lui donnent occasionnellement naissance; mais il faut reconnaître aussi qu'une cause prédisposante bien puissante, quoique cachée, est indispensable pour que l'affection revête des caractères si graves sous l'influence d'agents qui, dans une innombrable quantité de cas, ne donnent lieu qu'à une affection légère. On a vu quelquefois une fausse membrane se produire à la suite des *inspirations du chlore et de l'ammoniaque;* mais la fausse membrane est alors moins considérable, et surtout elle n'a pas, comme celle qui résulte d'une inflammation spécifique, une grande tendance à se reproduire une fois qu'elle a été rejetée.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont variables, selon que la maladie parcourt rapidement ses périodes, ou suivant qu'elle a une longue durée, comme on le voit dans les exemples que nous ont laissés plusieurs auteurs; c'est pourquoi je décrirai à part la *forme aiguë* et la *forme chronique*.

1° *Bronchite pseudo-membraneuse aiguë.* — C'est sous cette forme que la maladie se produit le plus fréquemment, et alors elle débute de deux manières différentes. Dans un bon nombre de cas, ainsi que le fait remarquer M. Fauvel, elle commence comme un simple rhume, et souvent avec des symptômes extrêmement légers. Un peu de gêne, quelques picotements derrière le sternum, une toux peu violente sans expectoration particulière, un mouvement fébrile peu notable, voilà les signes que l'on observe d'abord. Ce n'est qu'au bout de quelques jours de durée que les symptômes prennent rapidement une grande intensité. Cette marche de l'affection est surtout remarquable dans l'observation que nous a donnée M. Cazeaux. Quelquefois les symptômes acquièrent, dès le premier jour, l'intensité que nous venons d'indiquer; la maladie constitue alors une des espèces les plus remarquables du *catarrhe suffocant.*

Symptômes. — Que la maladie ait débuté graduellement ou brusquement, les symptômes deviennent identiques lorsque les fausses membranes sont formées et occupent une assez grande étendue des bronches. Alors on remarque une *gêne très considérable de la respiration* qui est très accélérée, une *toux* qui revient par quintes et fatigue beaucoup le malade, une *douleur* plus ou moins vive, avec *sentiment d'oppression* derrière le sternum.

Si l'on *ausculte* la poitrine, on entend un simple *rhonchus sonore* lorsque la pseudo-membrane est sèche; ou un mélange de ce rhonchus et de râle muqueux, lorsqu'il y a en même temps sécrétion plus ou moins abondante de mucosités puriformes ou non. M. Barth, dans un cas de pseudo-membranes bronchiques qui

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines modérées ; vomitifs, purgatifs ; préparations mercurielles ; inspirations et potions excitantes ; expectorants, opiacés.

ARTICLE V.

DILATATION DES BRONCHES.

La dilatation des bronches n'est connue que depuis un petit nombre d'années. Si l'on recherche les causes de l'obscurité dans laquelle une lésion pathologique des poumons aussi notable est si longtemps restée au milieu des progrès de l'anatomie pathologique, on ne tarde pas à en trouver d'évidentes. On sait en effet que, jusqu'à la fin du siècle dernier, on a eu une très grande répugnance à faire l'autopsie des sujets qui avaient succombé à la phthisie pulmonaire, et par conséquent à toute maladie chronique des poumons qui pouvait la simuler ; d'un autre côté, les sujets affectés de dilatation des bronches ne présentent souvent, pendant la vie, que les symptômes d'un catarrhe pulmonaire chronique, surtout si l'on fait abstraction des signes stéthoscopiques inconnus avant ces dernières années ; enfin il n'est pas douteux que plus d'une fois, lorsqu'à l'autopsie on a trouvé une dilatation globuleuse des bronches, on ait, sans pousser plus loin les investigations, regardé cette lésion comme une caverne tuberculeuse. On doit donc être peu surpris de voir la dilatation des bronches passée sous silence par les auteurs, jusqu'à Laennec ; mais, dès que l'auscultation fut découverte, cette affection fut bientôt reconnue. Laennec la décrivit, et après lui MM. Andral, Louis et plusieurs autres auteurs ajoutèrent à sa description des particularités intéressantes. Mais c'est à M. Barth (1) que l'on doit le travail le plus complet sur cette affection ; nous lui ferons plus d'un emprunt.

Peut-être pensera-t-on que la dilatation des bronches n'est pas, à proprement parler, une maladie ; qu'elle n'est autre chose qu'une lésion consécutive à une bronchite chronique, et qu'il eût mieux valu en dire quelques mots à l'occasion de cette dernière affection ; mais, en y réfléchissant, on verra qu'il ne pouvait en être ainsi. Quoiqu'il soit certain, en effet, que la dilatation des bronches est, dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, une lésion consécutive à la bronchite chronique, il n'en est pas moins vrai qu'une fois produite, cette lésion se manifeste à nous par des symptômes particuliers et par des signes spéciaux que le praticien a le plus grand intérêt à connaître. Ce n'est guère, sans doute, que sous le rapport du diagnostic et du pronostic que la dilatation des bronches a de l'importance ; mais cette importance ne laisse pas d'être très grande, puisque, si l'on ne connaissait point parfaitement la maladie, on la confondrait fréquemment avec la phthisie pulmonaire, dont le pronostic est infiniment plus grave : confusion qu'il n'est même pas toujours facile d'éviter avec une connaissance approfondie du sujet. Tout nous fait un devoir de traiter à part de la dilatation des bronches.

Laennec divisait la dilatation des bronches en deux formes principales. Dans la

(1) *Mémoires de la Société médicale d'observation*. Paris, 1856, t. III.

et une figure tracée par M. Iliff (*loc. cit.*), prouvent jusqu'à l'évidence que la matière de l'expectoration avait les mêmes caractères. M. Starr (*loc. cit.*) la compare à du *macaroni bouilli*, à cause de sa consistance, de sa couleur et de ses tubulures. Ces divers rameaux sont en effet presque tous tubulés. On y introduire un stylet, et, en les coupant perpendiculairement, on voit que la petite disposition canaliculée se continue très loin. Dans l'observation de M. Cazeaux, tous les tubes qui ont pu être examinés dans leur état d'intégrité ont paru creux, et cet auteur en conclut que les plus petites divisions qui lui ont échappé l'étaient aussi. Cette conclusion n'est cependant pas rigoureuse, car M. Fauvel n'a jamais pu poursuivre la disposition canaliculée jusqu'aux les dernières ramifications. Dans les cas rapportés par M. Thore fils (1), et dont un a été observé par M. le docteur Lasserre (de Montauban), les fausses membranes étaient arborisées; elles avaient de 3 à 6 centimètres de long. Quelques-unes étaient canaliculées, d'autres étaient simplement striées, d'autres ne présentaient ni l'une ni l'autre de ces dispositions. La densité, l'élasticité, la couleur de ces pseudo-membranes sont semblables à celles de la membrane croupale, et il est par conséquent inutile de les décrire de nouveau. On a remarqué quelquefois des stries sanguinolentes à la face adhérente de la membrane. Le docteur Cheyne a trouvé, dans quelques cas, ce produit de la sécrétion morbide formé de plusieurs couches.

Parfois l'expectoration n'est pas aussi caractéristique, car les lambeaux ne sont plus aussi parfaitement ramifiés, mais il reste presque toujours quelques portions tubulées qui lèvent tous les doutes.

Avant que cette expectoration ait lieu, les malades rejettent ordinairement des *crachats* blancs et sanguinolents, légèrement aérés, muqueux ou puriformes. Il en est de même dans les intervalles de cette expectoration. Le plus souvent, la matière des crachats se sépare en deux parties, dont l'une, transparente, mousseuse, reste à la surface, tandis que l'autre, d'un blanc jaunâtre, épaisse, adhérente, non aérée, tombe au fond du vase.

Pendant que l'on constate ces symptômes, on remarque, si l'inflammation est limitée aux bronches, une *intégrité parfaite de la voix* et une absence complète de tout symptôme du côté du larynx, qui est d'autant plus remarquable, que la respiration est plus gênée. Quant aux autres fonctions et aux autres organes, ils ne présentent pas de troubles ou d'altérations dignes de remarque, si ce n'est dans le cas où la fièvre est très intense ; mais alors ces troubles sont sous la dépendance du mouvement fébrile. L'*anorexie*, la *soif*, la *constipation*, un peu de *céphalalgie*, et, dans les cas très graves, du *délire*, tels sont les principaux symptômes qu'on a observés. Dans les cas cités par M. Cazeaux, un *frisson* fut noté au moment où les symptômes, qui depuis longtemps étaient ceux d'une bronchite ordinaire, acquirent toute leur intensité.

Bronchite pseudo-membraneuse chronique. — Les mêmes symptômes existent dans cette forme de la maladie ; seulement ils sont généralement moins intenses et n'acquièrent une certaine violence qu'à des époques plus ou moins éloignées. Il survient alors une exacerbation qui se termine par une expectoration plus ou moins abondante de membranes ramifiées, semblables à celles qui viennent d'

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1849, t. XX, p. 295.

crites. Chez une jeune fille de quinze ans, le docteur Eric Acharius (1) observa, ns l'espace de six mois, un très grand nombre de ces exacerbations qui s'annon- ient par une *toux sèche*, un peu de *dyspnée* et une sensation de *picotements* à g orge. Les ramifications avaient souvent la grosseur d'une plume à écrire, et se isaient ensuite en un grand nombre de plus petites. Un cas cité par M. Warren *c. cit.*) est remarquable en ce que l'expectoration pseudo-membraneuse, qui :cédait à une suffocation intense accompagnée de fièvre, et durant quelquefois ıze ou quinze heures, avait lieu tous les cinq, huit, dix ou même vingt jours. première de ces attaques [illegible] survenue dans le cours d'une bronchite qui offrait rien de particulier. [illegible]ffection dura plus d'un an. Au bout de ce temps, guérison fut obtenue, et coïncida avec une carie du calcanéum.

Dans les cas rares où l'affection suit cette marche, le soulagement, après l'excré- n de la pseudo-membrane, est encore plus marqué que dans le cas où la maladie aiguë. Presque immédiatement après, les malades se trouvent à peu près dans ır état de santé ordinaire, jusqu'à ce qu'une nouvelle invasion ait lieu.

Nous n'en dirons pas davantage sur ces cas, qui sont fort rares, et qui ont géné- ement été étudiés fort superficiellement.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de cette maladie est très différente, selon qu'elle est aiguë ou chro- ıue. Dans le premier cas, la marche est rapide; les symptômes vont toujours ɔissant, ou si, après une expectoration abondante de pseudo-membranes, un ılagement survient, il n'est pas de longue durée, et les principaux symptômes ıservent un certain degré d'intensité. Lorsqu'au contraire la bronchite se pré- ıte sous la forme chronique, elle consiste, comme on l'a vu, en attaques sépa- :s par des intervalles plus ou moins grands, pendant lesquels la santé est presque ıplétement rétablie. Mais ne devrait-on pas plutôt admettre qu'il y a, en pareil ;, un certain nombre de récidives de la même maladie à l'état aigu? Cette opi- ɔn peut être soutenue; mais, avec les matériaux que nous possédons, il n'est pas ssible de la résoudre. Toujours est-il que les cas dont il s'agit ont une marche t différente de la marche ordinaire.

La *durée* de l'affection varia de cinq à huit jours chez les enfants observés par Fauvel; elle ne fut pas plus considérable chez les adultes, lorsque la maladie ésenta l'état aigu. Dans le cas contraire, nous avons vu qu'elle avait persisté ndant six mois; suivant le docteur Cheyne (*loc. cit.*), elle peut même durer ıs d'un an.

Il est difficile de se prononcer sur la *terminaison* de la maladie. Des enfants servés par M. Fauvel, la grande majorité a succombé. Dans les cas, au con- ıire, qui ont été observés chez les adultes, et dont l'histoire a été publiée, la érison a presque toujours eu lieu. Cette différence ne tiendrait-elle pas à ce que, ns le plus grand nombre des cas mortels de la maladie qu'on a désignée sous le n de *catarrhe suffocant*, l'autopsie n'a pas été faite de manière qu'on pût nnaître positivement la lésion des bronches? Cette manière de voir nous paraît plus admissible.

(1) *London med. and phys. Journ.*, 1802, t. VIII, p. 201.

Dans le cas où la bronchite pseudo-membraneuse est venue compliquer d'autres affections, elle s'est toujours terminée par la mort.

§ V. — Lésions anatomiques.

A l'autopsie des sujets qui succombent à cette maladie, on trouve d'abord les pseudo-membranes que nous avons décrites plus haut. Pour en démontrer l'existence, il suffit de faire des incisions en plusieurs sens dans le tissu pulmonaire. La pression fait alors sortir des ouvertures bronchiques de petits cylindres blancs, élastiques et présentant un calibre central, lorsqu'ils s'échappent d'une bronche assez volumineuse. Si, procédant d'une autre manière, on saisit la pseudo-membrane dans un tronc bronchique d'une certaine grosseur, et qu'on la retire avec précaution, on peut entraîner un nombre considérable de subdivisions, et, dans ce cas, le produit morbide ressemble, comme l'a dit J. North (1), à une racine avec son chevelu.

La composition de cette pseudo-membrane est la même que celle de la pseudo-membrane croupale. Elle n'a pas ordinairement envahi toute l'étendue des poumons, mais quelquefois elle occupe un poumon tout entier, ou une grande partie de son étendue. Le plus souvent elle se montre dans les deux poumons, mais ordinairement en plus grande abondance du côté droit.

En d'autres points, les bronches présentent souvent une matière épaisse, jaunâtre, adhérente à leurs parois, d'un aspect véritablement purulent. Ailleurs elles ne contiennent qu'une simple mucosité quelquefois tachée de sang. Si l'on examine leur membrane interne, on la trouve, dans les gros troncs du moins, rouge, opaque, épaissie, ramollie, telle, en un mot, que nous l'avons décrite dans la bronchite simple. Enfin on rencontre des traces de pneumonie, ou d'autres lésions qui, n'appartenant pas en propre à la maladie qui nous occupe, ne doivent pas trouver place ici.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Sous certains points de vue, le diagnostic de la bronchite pseudo-membraneuse est sans grandes difficultés; sous d'autres, au contraire, il en offre de nombreuses. Commençons par les cas les plus simples.

On ne confondra pas la *bronchite pseudo-membraneuse* avec la *laryngite* de la même espèce, si l'on se rappelle que, dans la première, la voix est anéantie, la respiration sifflante et la toux d'un caractère particulier, ce qui n'a pas lieu dans la bronchite pseudo-membraneuse.

Quant à la *pneumonie lobulaire*, le râle sous-crépitant, qui en est un symptôme, est beaucoup plus limité. La maladie ne s'annonce pas, dès le début, par une anxiété extrême et par des symptômes évidents d'asphyxie.

Une *bronchite simple*, survenant chez un individu affecté d'*emphysème pulmonaire*, peut donner lieu à une dyspnée considérable et simuler la maladie qui nous occupe; mais l'existence des signes propres à l'emphysème, la voussure, le son dans le lieu qu'elle occupe, la faiblesse de la respiration dans le même point, ...

(1) *London med. Gazette*, 1838, t. XXII, p. 330.

[redacted]

râle sous-crépitant borné à la partie postérieure des poumons, font aisément reconnaître la maladie.

Nous ne comparerons pas la bronchite pseudo-membraneuse avec plusieurs autres affections, telles que la *laryngite œdémateuse*, l'*asthme thymique*, etc., parce que les différences sont trop marquées et les points de ressemblance trop peu considérables pour que le médecin puisse être embarrassé.

Mais il est une dernière question qui est, sans contredit, la plus importante : *La bronchite est-elle pseudo-membraneuse ou non?* Au début de l'affection, il est fort difficile, ou, pour mieux dire, il est impossible de résoudre ce problème; mais, dans le cours de la maladie, on peut observer deux signes qui servent à fixer le diagnostic : le premier est l'*expulsion de fausses membranes ramifiées;* il est pathognomonique, mais il n'existe pas toujours. Quelquefois aussi les pseudo-membranes excrétées ne consistent qu'en fragments très petits, sans forme déterminée, sans ramifications et sans tubulures. Alors il faut avoir recours, pour fixer le diagnostic, aux autres principaux symptômes. Si la voix est restée intacte, s'il n'y a pas de douleur au larynx ou dans la trachée, si la respiration n'est remarquable que par sa fréquence et sa difficulté ; si dans le thorax on entend un rhonchus sonore général, mêlé de râle sous-crépitant disséminé, et parfois d'un petit bruit de soupape, on doit admettre que les fragments pseudo-membraneux rejetés viennent réellement des bronches.

Quand l'expectoration de fausses membranes vient à manquer, il reste le second signe, qu'on ne doit pas oublier : c'est ce *petit bruit de soupape* observé par MM. Barth et Cazeaux. Si, avec l'intégrité de la voix, on observait les signes de la bronchite capillaire, et qu'au lieu d'un râle sous-crépitant général et très abondant, on n'entendît qu'un rhonchus sonore mêlé de ce bruit de soupape, on pourrait croire à l'existence d'une bronchite pseudo-membraneuse. Néanmoins ce diagnostic, dans l'état actuel de la science, ne peut être donné que comme fort incertain, de nouvelles observations étant absolument nécessaires pour le déterminer.

Reste enfin une dernière difficulté qui a été élevée par quelques auteurs, et principalement par Laennec : *Les concrétions dont il a été parlé dans le cours de cet article sont-elles réellement des pseudo-membranes produites par une inflammation spécifique?* C'est ce que Laennec (1), qui paraît n'en avoir jamais rencontré, ne voulait point admettre. Suivant lui, les polypes trouvés par Murray et Cheyne seraient de la nature des polypes vésiculaires des narines, des oreilles et du col de l'utérus, c'est-à-dire formés par un tissu analogue à ceux des membranes muqueuses, et renfermant de petits kystes séreux. Mais, d'après la description que j'ai donnée plus haut, cette opinion ne saurait être soutenue. On doit même supposer, avec Mériadec Laennec, que l'auteur n'a point eu sous les yeux les observations qu'il a citées. Quant aux concrétions qui, suivant certains auteurs, ressemblent un vaisseau pulmonaire, Laennec pense qu'elles sont purement et simplement concrétions sanguines polypiformes des bronches, telles qu'on en rencontre quelquefois chez les hémoptysiques (*loc. cit.*); mais la forme canaliculée des concrétions et l'introduction d'un stylet dans leur cavité ne permettent pas de s'arrêter ce supposition.

(1) *Auscultation médiate*, 3e édit., t. I, chap. X, *Des polypes des bronches*, p. 250.

Le docteur J. Collet (1), et plus récemment un médecin de Londres écrivant au docteur Duncan (2), ont décrit la matière expectorée comme formée d'hydatides. Y a-t-il eu erreur de diagnostic, ou existait-il réellement des hydatides? On a de la peine à résoudre cette question, car les descriptions manquent de détails. Dans le cas cité par Collet, on peut admettre l'existence des hydatides; l'auteur en a, en effet, compté cent trente-cinq en quatre mois : or cette numération ne paraît pas possible dans une simple excrétion de pseudo-membranes ordinairement rendues en masse. L'autre fait présente plus d'incertitude. Dans aucun il n'y a eu excrétion d'hydatides entières, ce qui n'eût permis aucun doute.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la bronchite pseudo-membraneuse et du croup.*

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	CROUP.
Intégrité de la voix, à moins de complication.	*Raucité* de la *voix; aphonie.*
Respiration non sifflante.	*Inspiration sifflante.*
Toux fréquente, grasse, *sans caractère particulier.*	*Toux croupale.*
Rhonchus sonore, très étendu quelquefois. *Bruit de soupape.*	*Retentissement* dans la poitrine de l'*inspiration sibilante. Pas de bruit de soupape.*
Quelquefois expectoration de *fausses membranes ramifiées et canaliculées* (signe pathognomonique).	*Point de fausses membranes ramifiées*, à moins de complication de bronchite pseudo-membraneuse.

2° *Signes distinctifs de la bronchite pseudo-membraneuse et de la pneumonie lobulaire.*

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	PNEUMONIE LOBULAIRE.
Symptômes *rapidement intenses.*	Symptômes *moins rapidement intenses.*
Rhonchus *très étendu.*	Râle crépitant ou sous-crépitant dans *quelques points* de la poitrine.
Asphyxie *dès les premiers jours* de la formation des fausses membranes.	Symptômes d'asphyxie *moins marqués*, et ne survenant qu'*à la fin de la maladie.*

3° *Signes distinctifs de la bronchite pseudo-membraneuse et de l'emphysème pulmonaire avec bronchite aiguë.*

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	EMPHYSÈME PULMONAIRE AVEC BRONCHITE AIGUË
Antécédents : *Pas d'accès* de dyspnée.	Antécédents : *Accès* de dyspnée.
Fièvre *intense.*	Fièvre *moins intense.*
Point de voussure dans un point de la poitrine.	*Voussure* plus ou moins marquée et plus ou moins étendue des parois du thorax.
Pas de son plus clair dans un point que dans l'autre.	*Son plus clair* dans le point occupé par voussure.
Rhonchus sonore *général ;* quelquefois *bruit de soupape.*	Râle sous-crépitant dans la *partie [illegible]rieure et inférieure* des poumons; sibilant sonore ailleurs.

(1) *A case of hydatids discharged by coughing* (*Med. Trans. of London*, 177[illegible], t. II, p. 186).

(2) *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, t. VII, p. 480.

Dans les cas où l'expectoration de concrétion rameuse existe, ce signe seul lève toutes les difficultés. Les deux diagnostics précédents n'ont donc d'utilité réelle qu'en l'absence de cette expectoration.

4° Signes distinctifs de la bronchite pseudo-membraneuse et de la bronchite capillaire générale.

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.	BRONCHITE CAPILLAIRE GÉNÉRALE.
Souvent excrétion de *fausses membranes ramifiées* (signe pathognomonique).	*Point* d'excrétion de *fausses membranes ramifiées*.
D'autres fois expectoration de petits *lambeaux membraneux*.	Ni de *lambeaux pseudo-membraneux*.
Rhonchus sonore général, mêlé seulement de râle sous-crépitant.	*Râle sous-crépitant très abondant*, et dispersé dans toute ou presque toute la poitrine.
Bruit de soupape dans quelques cas.	*Point de bruit de soupape*.

Ce diagnostic a besoin de nouvelles recherches pour être parfaitement fixé. On doit regretter que M. Fauvel, dont les observations ont tant de valeur et dont le mémoire est si important, n'ait point recherché s'il était possible de distinguer pendant la vie ces deux inflammations, dont la nature n'est évidemment pas la même.

Pronostic. — La maladie dont on vient de lire l'histoire est très grave : néanmoins, ainsi que je l'ai déjà dit, on a cité un assez grand nombre de guérisons; mais, je le répète, il est plus que probable qu'un nombre plus considérable de morts a passé inaperçu, faute de recherches suffisantes.

Lorsque la bronchite pseudo-membraneuse complique une autre affection, elle est presque constamment mortelle; elle l'est toujours lorsqu'elle fait partie d'une inflammation pseudo-membraneuse occupant toute l'étendue des voies respiratoires.

§ VII. — Traitement.

Il est fort difficile, avec les documents que nous possédons, d'indiquer le traitement qui convient le plus à cette affection. Dans chaque cas en particulier, on a employé des moyens différents, sans qu'aucun d'eux ait paru avoir une action très marquée sur la marche de la maladie ou sur ses principaux symptômes. On peut voir à l'article *Bronchite capillaire générale* le traitement conseillé par M. Fauvel. Voici maintenant ce que nous trouvons de plus important dans les faits un peu authentiques que possède la science :

Les *antiphlogistiques* ont été généralement employés pour combattre l'irritation locale et les symptômes fébriles; ils l'ont été avec d'autant plus d'empressement, que d'abord l'observateur reconnaissait une inflammation très intense des bronches, inflammation dont il ne soupçonnait pas la spécificité. Les *sangsues*, les *ventouses scarifiées* sur la poitrine, et surtout la *saignée générale*, doivent, suivant tous les auteurs, être employées, mais avec modération, surtout chez les enfants et chez les individus affaiblis, de crainte que, par suite de l'abattement des forces, l'expectoration ne devienne beaucoup plus difficile.

Les *vomitifs* ont été mis en usage par plusieurs médecins. Nous citerons entre autres Starr, qui prescrivit l'*ipécacuanha*, et J. Chyne, qui employait le vin anti-

monie. On ne voit pas, dans les observations citées par ces auteurs, que ce soit évidemment sous l'influence de cette médication que les fausses membranes ont été détachées et rejetées par l'expectoration. Néanmoins, si l'on a égard à ce qui se passe dans la laryngite pseudo-membraneuse et même dans la bronchite capillaire générale, on est en droit d'attendre de très bons effets de l'emploi des vomitifs. On devra donc les mettre en usage à une dose assez élevée pour produire des vomissements abondants. Peu importe la substance que l'on choisit, pourvu que le but soit atteint. Toutefois le *tartre stibié* doit être employé de préférence, parce qu'il est très facile à administrer et que son effet est très sûr. M. Duméril, dans le cas cité par M. Cazeaux, mit en usage l'oxyde blanc d'antimoine, qui ne produisit aucun effet. Dans le cas recueilli par le docteur Thore fils (*loc. cit.*), l'*ipécacuanha* fut administré à dose vomitive, à plusieurs reprises, et avec un plein succès.

Les *purgatifs* ont été plus rarement employés. Nous ne pouvons leur attribuer qu'un effet secondaire. Le *calomel* a été plus particulièrement prescrit par les médecins anglais; mais son effet est complexe.

Ce sont aussi les médecins anglais qui ont préconisé l'emploi des *préparations mercurielles* à l'extérieur et à l'intérieur. M. North recommande les *frictions mercurielles* sur la gorge jusqu'à légère salivation. Si nous n'avons pas pu nous prononcer sur l'emploi de ce moyen dans l'histoire de la laryngite pseudo-membraneuse, à plus forte raison ne saurions-nous le faire dans cette affection, beaucoup moins bien étudiée.

M. North recommande encore l'inspiration de *vapeur d'eau chaude chargée d'éther;* il veut aussi qu'on administre à l'intérieur un excitant diffusible, tel que la *liqueur anodine d'Hoffmann*, mais il ne paraît pas avoir employé ces moyens dans les deux observations qu'il rapporte.

Enfin on a mis en usage les expectorants, tels que le *kermès* et l'*oxymel scillitique*, etc. On a prescrit le *quinquina*, les *bains de mer*, les *eaux de Bristol* (Warren), sans qu'on puisse se prononcer davantage sur l'efficacité de ces moyens thérapeutiques. Les auteurs n'ont point parlé des *préparations opiacées;* je pense néanmoins qu'elles doivent avoir leur degré d'utilité, comme dans toutes les affections où il importe de rendre un peu de calme à la respiration.

On voit que tout est encore à faire relativement à la thérapeutique de cette grave affection. Ce serait allonger inutilement cet article que d'insister davantage sur le traitement. En pareille circonstance, le médecin est presque toujours réduit à recourir aux moyens recommandés dans des maladies analogues, mais plus connues. Dans le cas présent, c'est, suivant les apparences, le traitement de la laryngite pseudo-membraneuse qui doit nous fournir les moyens les mieux appropriés. On pourra y prendre quelques *ordonnances* qu'il serait inutile de reproduire ici.

On devra tenir les malades dans une température modérée, les mettre à l'abri des courants d'air, et rendre leur respiration plus facile en les maintenant dans la position assise, lorsque l'abattement des forces ne leur permettra plus de la prendre eux-mêmes. Le docteur Cheyne a remarqué que, dans les cas où la maladie avait une forme chronique, le *froid* et le *vent nord-ouest* provoquaient des *exaspérations;* ce sont des causes occasionnelles que les malades devront éviter.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines modérées; vomitifs, purgatifs; préparations mercurielles; inspirations et potions excitantes; expectorants, opiacés.

ARTICLE V.

DILATATION DES BRONCHES.

La dilatation des bronches n'est connue que depuis un petit nombre d'années. Si l'on recherche les causes de l'obscurité dans laquelle une lésion pathologique les poumons aussi notable est si longtemps restée au milieu des progrès de l'anatomie pathologique, on ne tarde pas à en trouver d'évidentes. On sait en effet que, jusqu'à la fin du siècle dernier, on a eu une très grande répugnance à faire l'autopsie des sujets qui avaient succombé à la phthisie pulmonaire, et par conséquent à toute maladie chronique des poumons qui pouvait la simuler; d'un autre côté, les sujets affectés de dilatation des bronches ne présentent souvent, pendant la vie, que les symptômes d'un catarrhe pulmonaire chronique, surtout si l'on fait abstraction des signes stéthoscopiques inconnus avant ces dernières années; enfin il n'est pas douteux que plus d'une fois, lorsqu'à l'autopsie on a trouvé une dilatation globuleuse des bronches, on ait, sans pousser plus loin les investigations, regardé cette lésion comme une caverne tuberculeuse. On doit donc être peu surpris de voir la dilatation des bronches passée sous silence par les auteurs, jusqu'à Laennec; mais, dès que l'auscultation fut découverte, cette affection fut bientôt reconnue. Laennec la décrivit, et après lui MM. Andral, Louis et plusieurs autres auteurs ajoutèrent à sa description des particularités intéressantes. Mais c'est à M. Barth (1) que l'on doit le travail le plus complet sur cette affection; nous lui ferons plus d'un emprunt.

Peut-être pensera-t-on que la dilatation des bronches n'est pas, à proprement parler, une maladie; qu'elle n'est autre chose qu'une lésion consécutive à une bronchite chronique, et qu'il eût mieux valu en dire quelques mots à l'occasion de cette dernière affection; mais, en y réfléchissant, on verra qu'il ne pouvait en être ainsi. Quoiqu'il soit certain, en effet, que la dilatation des bronches est, dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, une lésion consécutive à la bronchite chronique, il n'en est pas moins vrai qu'une fois produite, cette lésion se manifeste à nous par des symptômes particuliers et par des signes spéciaux que le praticien a le plus grand intérêt à connaître. Ce n'est guère, sans doute, que sous le rapport du diagnostic et du pronostic que la dilatation des bronches a de l'importance; mais cette importance ne laisse pas d'être très grande, puisque, si l'on ne connaissait point parfaitement la maladie, on la confondrait fréquemment avec la phthisie pulmonaire, dont le pronostic est infiniment plus grave : confusion qu'il n'est même pas toujours facile d'éviter avec une connaissance approfondie du sujet. Tout nous fait donc un devoir de traiter à part de la dilatation des bronches.

Laennec divisait la dilatation des bronches en deux formes principales. Dans la

(1) *Mémoires de la Société médicale d'observation*. Paris, 1856, t. III.

première, la bronche était dilatée uniformément dans une plus ou moins grande étendue; dans la seconde, il existait un ou plusieurs renflements semblables à des cavernes. M. Andral a modifié cette division, en y ajoutant une troisième forme qui consiste en une série de gonflements globuleux séparés par des intervalles plus ou moins grands, et occupant une ou plusieurs bronches dans une étendue variable. C'est cette dernière qu'un médecin anglais, M. Elliotson, a appelée *dilatation en chapelet*. Nous reviendrons sur ces distinctions à l'occasion des lésions anatomiques.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On a réservé le nom de *dilatation des bronches* à l'augmentation plus ou moins considérable du diamètre de ces canaux, lorsqu'elle a lieu dans une partie de leur étendue autre que leurs extrémités vésiculaires. Dans ce dernier cas, en effet, la maladie a été désignée sous le nom d'*emphysème pulmonaire*.

Ce n'est guère que sous cette dénomination de *dilatation des bronches*, que la lésion qui nous occupe est connue dans la science.

Elle est plus *fréquente* qu'on ne serait disposé à le croire au premier abord. Laennec n'en a cité que 2 observations; M. Andral en a cité 5 cas, dont un douteux; M. Louis en a observé 8 ou 9 cas seulement. Mais cette rareté des observations dépend sans doute, ainsi que l'a très bien fait remarquer Laennec, de ce que les recherches ne sont pas généralement faites avec assez de soin. Et, en effet, dans son mémoire M. Barth annonce en avoir recueilli 55 exemples dans un espace de vingt années.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Relativement à l'*âge*, on trouve que le plus grand nombre des sujets avaient plus de quarante ans. Voici les chiffres de M. Barth : sur 43 observations avec autopsie, il y avait 2 sujets au-dessous de 20 ans, 3 de 20 à 30, 3 de 30 à 40, 4 de 40 à 50, 5 de 50 à 60, 7 de 60 à 70, et 19 au delà. Néanmoins les enfants ne sont pas entièrement à l'abri de cette affection. Laennec en a rapporté un cas observé chez un enfant de trois ans et demi, et Legendre a lu à la Société médicale d'observation l'histoire extrêmement intéressante d'un enfant de sept ans qui avait une dilatation générale des bronches de tout un poumon. Nous avons nous-même, en 1845, observé un fait semblable chez un enfant de neuf ans. La dilatation occupait toute la partie postérieure du poumon droit et la partie inférieure. M. Grisolle (1) avance que la dilatation des bronches ne se rencontre guère que chez les enfants. Cette opinion ne nous paraît pas fondée sur les faits.

Nous n'avons rien à dire sur l'influence du *sexe*, parce que les observations ont été recueillies, en grande partie, dans des hôpitaux d'hommes ou de femmes, et non dans des hôpitaux mixtes, où il aurait été possible d'établir une comparaison.

Enfin, l'influence de l'*hérédité* est nulle, ainsi qu'on pourra s'en assurer par l'étude du mécanisme qui préside à la dilatation des bronches, et que nous allons exposer.

(1) *Traité de la pneumonie aux différents âges*. Paris, 1841, p. 164.

2° Causes occasionnelles.

Laennec pensait que la *coqueluche* pouvait produire cette lésion; mais le fait unique sur lequel il a établi cette opinion n'est pas suffisant pour la mettre hors de doute. On a pensé qu'une *obstruction* d'un point quelconque des bronches devenait une cause puissante de dilatation, par l'obstacle qu'elle mettait à la sortie de l'air et des crachats. Sans doute une obstruction de ce genre, qui viendrait se joindre aux causes de dilatation déjà mentionnées, en augmenterait considérablement la puissance; car la dilat[illegible] des divers conduits d'excrétion derrière un point rétréci ou obstrué est un fai[illegible] positif; mais cette cause n'est certainement pas nécessaire, puisque dans plusieurs observations, et notamment dans celle de Legenre, les tuyaux bronchiques étaient dans toute leur étendue plus larges qu'à l'ordinaire, et présentaient partout une issue facile aux liquides et aux gaz.

[De nombreuses observations ont permis à M. Barth de reconnaître les *causes oignées* et les *causes prochaines*, ou le *mécanisme* de la dilatation des bronches.

D'après cet observateur, les conditions propres à la produire « semblent résider à la fois dans les bronches, dans le parenchyme pulmonaire et dans les plèvres.

» A. *Dans les plèvres.* — L'influence des pleurésies antécédentes nous semble mise hors de doute par la coïncidence à peu près constante de ces adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins intimes, que nous avons décrites. Quand la compression due à l'épanchement pleurétique est un peu prolongée, le poumon perd de son élasticité; puis les adhérences qui succèdent à l'absorption du liquide lui enlèvent sa mobilité normale; et, par l'effet de cette double cause, ce viscère ne pouvant reprendre sa dimension première, les parois pectorales, d'une part, tendent à se déprimer peu à peu; les bronches, d'autre part, se laissent distendre sous la pression, de dedans en dehors, de l'air incessamment aspiré par les mouvements de la poitrine.

» B. *Dans le tissu du poumon.* — Nous avons aussi trop souvent noté la coïncidence d'un état d'engouement chronique, de splénisation, d'hépatisation ou de pneumonie lobulaire plus ou moins ancienne, pour ne pas voir, dans ces altérations du parenchyme pulmonaire, une condition anatomique qui favorise la dilatation des bronches. L'effet de ces divers états morbides, quand ils se prolongent, est de détruire l'expansibilité du parenchyme, et peut-être de lui donner, comme au tissu des cicatrices, une propriété rétractile qui tend à le faire revenir sur lui-même; et, dans ce cas encore, si les côtes ne se dépriment pas suffisamment, ce sont les bronches qui se dilatent.

» C. *Dans les bronches.* — Les fréquentes inflammations des bronches tendent à détruire peu à peu la souplesse et l'élasticité de leurs parois, et l'accumulation du mucus, qui est versé en abondance dans leurs cavités, a pour effet de les élargir au delà du diamètre normal. Cet effet sera surtout sensible s'il existe un rétrécissement dans une bronche principale d'où naissent plusieurs rameaux dilatés.

» Que l'on suppose maintenant ces trois ordres de conditions réunies, par l'existence simultanée de la bronchite, de la pneumonie et de la pleurésie, pour peu que ces états morbides se prolongent au delà de leur durée habituelle, le poumon, longtemps comprimé et altéré dans sa structure, tend à revenir sur lui-même; d'autre part, il est accolé aux parois pectorales par des adhérences solides, et si les

côtes ont perdu leur flexibilité, de manière à ne pouvoir céder, le tissu pulmonaire est attiré sans cesse de dedans en dehors; enfin les bronches, souvent enflammées, perdant leur ressort, comme l'aorte chez les vieillards, se laissent d'autant plus facilement distendre, sous l'influence du retrait du poumon et de son attraction vers la plèvre. Cet état se trouve encore accru par l'action mécanique des mucosités accumulées dans leur intérieur.

» Une dernière influence enfin, inhérente à l'acte de la respiration, c'est que si l'air pénétrant au delà du mucus par une inspiration énergique, ne retraverse pas ce même mucus dans l'expiration, il *s'échauffe* derrière lui, et par là même il augmente de volume, et contribue à rendre la dilatation des rameaux bronchiques de plus en plus considérable. »]

§ III. — Symptômes.

Dans tous les cas que j'ai rassemblés, le *début* de l'affection remontait plus ou moins loin. Les malades annonçaient que depuis une ou plusieurs années ils étaient sujets à une *toux opiniâtre*, avec des *exacerbations* plus ou moins violentes, à des intervalles variables. Le petit malade observé par Legendre présentait cela de remarquable, que peu de jours après sa naissance, il avait éprouvé les symptômes d'un rhume très violent, qui se reproduisit fréquemment jusqu'à l'âge de quatre ans, où eurent lieu les premiers signes bien manifestes de la dilatation des bronches.

D'après ces renseignements, on pouvait déterminer, dans les cas dont il s'agit, l'époque à laquelle l'inflammation des bronches, suivie plus tard de dilatation, avait commencé. Mais dire à quel moment les bronches s'étaient dilatées, c'est ce qui n'était possible dans aucun cas. Ainsi le début de cette dilatation elle-même reste nécessairement incertain. Dans le cas que j'ai observé, la matité de la poitrine, l'absence de la respiration, la toux, la fièvre, pouvaient faire croire à une pleurésie; mais l'expectoration abondante de crachats ayant débarrassé les bronches, ces signes furent remplacés par une respiration bronchique et une bronchophonie des plus intenses, qui furent bientôt suivies de la plus grande amélioration, et qui persistèrent longtemps après la guérison.

Les *symptômes* présentés par les malades, lorsqu'ils sont soumis à l'observation, sont les suivants :

1° *Toux* fréquente, opiniâtre, grasse, peu douloureuse, à moins qu'il ne survienne une bronchite aiguë.

2° *Expectoration* abondante ; crachats opaques, peu ou point aérés, variant du jaune au jaune verdâtre, et quelquefois même au brunâtre. Parfois les crachats sont épais, adhérents au vase, à peine mêlés d'un peu de liquide semblable à de la salive battue. Dans un certain nombre de cas, la matière de l'expectoration ressemble à du pus liquide; c'est principalement alors qu'on a observé sa fétidité, notée trois fois sur sept dans les cas publiés par Laennec et par M. Andral. Cette expectoration, comme celle de la bronchite chronique, est plus abondante le matin et le soir que dans le reste de la journée. Quelquefois même, et l'observation de Legendre nous en présente un exemple remarquable, il y a une espèce d'intermittence. L'enfant qui fait le sujet de cette observation restait un ou plusieurs jours sans expectorer ; puis, au bout de ce temps, il rendait une énorme quantité de cra-

chats d'aspect purulent, et n'ayant qu'une odeur fade. Legendre a évalué à 200 grammes environ la quantité de liquide expectorée chaque fois. Cette expectoration déterminait très fréquemment le vomissement.

3° La *respiration* présente une *gêne* médiocre, qui ne devient réellement pénible que lorsqu'une bronchite aiguë vient s'ajouter à l'affection chronique, ou lorsque, comme dans le cas de Legendre, et dans celui que j'ai cité, une très grande quantité de matière s'est accumulée dans les bronches. L'*oppression* est également légère, et il n'y a pas de douleur marquée dans le thorax.

4° La *voix* ne présente aucune altération, à moins qu'il n'y ait une complication.

5° Mais ce sont les signes physiques qu'il importe surtout d'étudier avec soin. Suivant Laennec, la *percussion* ne fournit que des résultats de peu de valeur. Il est certain, en effet, que plusieurs fois on n'a noté aucune altération du son au niveau de la dilatation bronchique. Dans un cas rapporté par M. Louis, entre autres (1), la percussion ne faisait rien reconnaître de notable; cependant, lorsque la dilatation des bronches est considérable, le tissu pulmonaire éprouve autour de la partie dilatée une condensation plus ou moins complète, ce qui donne lieu à une matité assez prononcée. Dans les cas où la dilatation occupe les bronches de tout un poumon ou de tout un lobe, il y a une *matité* étendue qui a été constatée par Laennec lui-même, et qui existait évidemment chez les enfants observés par Legendre et par nous.

L'*auscultation*, pratiquée avec tout le soin qu'ont dû y apporter les observateurs que j'ai cités, a fourni les résultats suivants : tantôt on entend, dans une grande étendue de la poitrine, un *souffle bronchique* très fort, accompagné d'une *bronchophonie* très marquée; tantôt la *respiration* est *caverneuse*, et il existe une véritable *pectoriloquie*. Suivant Laennec, la voix, la respiration et la toux donnent souvent la sensation du *souffle voilé*, c'est-à-dire de la présence d'un voile mince, d'une membrane humide qui flotte à chaque vibration et semble seule empêcher la colonne d'air de pénétrer dans l'oreille (2). Cette sensation fugitive, cette nuance si délicate, et dont l'importance n'est pas très grande, n'a été notée que par Laennec. On entend, en même temps que les bruits que nous venons d'indiquer, un *râle humide*, *muqueux*, plus ou moins abondant.

Dans un cas qui s'est présenté à son observation, le docteur Barlow (3) a trouvé les signes suivants, qui pouvaient faire croire à un pneumothorax, ou au moins à une vaste caverne : c'étaient un souffle caverneux très fort, un gros râle muqueux et le *tintement métallique*.

On a vu plus haut que l'obstruction des bronches dilatées par les crachats peut, au contraire, empêcher tout signe stéthoscopique positif.

Il suit de ce qui précède que, dans quelques cas, les signes de la dilatation des bronches sont les mêmes que ceux d'une caverne, et que dans d'autres ils ressemblent à ceux d'une induration chronique du parenchyme pulmonaire. Mais il est une dernière circonstance qu'il ne faut pas oublier : c'est que les signes de la dilatation des bronches peuvent se rencontrer dans des *parties très variables* de l'étendue des parois thoraciques; on les trouve, en effet, au moins aussi souvent

(1) *Rech. anatomo-pathol. sur la phthisie*, 2e édit. Paris, 1843, obs. XI, p. 219.
(2) *Traité de l'auscultation médiate*, 3e édit., t. I, p. 203.
(3) *Guy's hospital Reports*, 1847.

en arrière, en bas et à la partie moyenne de la poitrine, qu'au sommet du poumon même. C'est là un point très important pour le diagnostic, et que nous rappellerons plus loin.

Quant aux *symptômes généraux*, ils sont nuls, suivant Laennec ; mais il y a un peu d'exagération dans cette assertion. Il est certain que les symptômes locaux dont nous venons de donner la description, et qui semblent annoncer des désordres si graves dans les poumons, se montrent assez souvent chez des sujets qui ont conservé leur embonpoint et leur fraîcheur, et qui n'offrent aucun phénomène fébrile. Cependant, lorsqu'il survient une bronchite aiguë, ce qui a lieu fréquemment, non-seulement les symptômes locaux augmentent beaucoup d'intensité, mais encore il peut y avoir un mouvement fébrile marqué ; et si la maladie se prolonge, si l'expectoration est très abondante, quelques signes de dépérissement peuvent se manifester. Ces accidents, il est vrai, ne sont pas ordinairement de longue durée, et bientôt l'affection reprend ses caractères de bronchite chronique simple. Toutefois, si, comme dans le cas cité par Legendre, la lésion est très étendue et la maladie ancienne, l'amaigrissement et la fièvre peuvent se manifester. C'est principalement le soir que le mouvement fébrile se déclare.

Dans certains cas, on a constaté l'existence de la fièvre hectique, avec un dépérissement marqué ; mais il est facile de s'assurer que, dans ces cas, la dilatation des bronches n'était pas simple, et que les symptômes généraux étaient occasionnés par une maladie chronique concomitante, et principalement par la phthisie pulmonaire.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'affection est lente. Nous avons déjà dit qu'il survenait de loin en loin des exaspérations dues à l'apparition d'une bronchite aiguë. C'est ordinairement alors que les malades viennent réclamer les secours de la médecine. Néanmoins la marche de la maladie peut être véritablement aiguë. Dans un cas cité par M. Louis dans son *Mémoire sur l'emphysème des poumons* (obs. VI), les bronches furent trouvées manifestement dilatées après un mois de toux, d'oppression et d'expectoration. C'est là une exception.

Quant à la *durée* de cette affection, nous savons qu'elle peut être d'un grand nombre d'années ; mais il nous est impossible de lui assigner des limites.

Enfin il n'est pas de cas dans lequel la dilatation ait manifestement causé la mort par ses seuls progrès. Cette *terminaison* est souvent occasionnée par une autre affection chronique, et quelquefois par une pneumonie qui fait de rapides progrès.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ici se représentent les divisions tracées par Laennec et par M. Andral. On trouve, à l'ouverture des corps, tantôt une ou plusieurs bronches uniformément dilatées dans une grande partie de leur étendue, occupant une portion plus ou moins considérable d'un lobe pulmonaire, et venant parfois se terminer en cul-de-sac à la surface de l'organe ; tantôt une cavité d'une étendue variable, plus ou moins bien arrondie, et dans laquelle viennent s'ouvrir de petites bronches ; tantôt enfin la *disposition en chapelet* que nous avons indiquée plus haut.

Le calibre des vaisseaux est parfois extrêmement élargi. On a vu des dilatations globuleuses qui pouvaient contenir une grosse noix. Lorsque l'élargissement occupe une grande partie de la bronche, celle-ci peut quelquefois admettre le petit doigt, même à un point rapproché de la surface du poumon. C'est ce qui avait lieu chez l'enfant observé par Legendre. Quant aux parois des portions dilatées, elles sont, dans le plus grand nombre des cas, épaisses et parsemées de fragments cartilagineux irréguliers, même dans des points voisins de la périphérie du poumon. La muqueuse est épaisse, granulée à la surface; elle a perdu sa transparence; elle est d'un rouge plus ou moins foncé; parfois elle offre une couleur brunâtre; enfin elle est ramollie, et quelquefois à un haut degré.

Dans quelques cas, au contraire, on a trouvé les parois de la portion des bronches dilatées, minces, transparentes, globuleuses, semblables à des ampoules. M. Barth a observé un exemple de cette forme de dilatation bronchique déjà signalée par M. Andral, et l'absence de toute trace d'inflammation lui a fait penser que dans ce cas, la dilatation pouvait bien être congénitale. Cette opinion avait, au reste, déjà été émise par Guersant, qui a observé la dilatation des bronches chez les enfants très jeunes.

La matière contenue dans les bronches ainsi dilatées est semblable aux crachats qui ont été rendus pendant la vie. Dans un cas observé par M. Louis à la Pitié, une dilatation globuleuse d'une bronche était remplie par une matière jaunâtre, non organisée, friable, s'écrasant entre les doigts comme du fromage, en un mot, évidemment tuberculeuse. Il est inutile de dire combien il était facile de commettre une erreur et de prendre cette dilatation pour une caverne. Quelquefois le tissu pulmonaire conserve, autour de la dilatation, un certain degré d'élasticité. C'est alors que la percussion ne fournit aucun signe de quelque valeur. Mais ordinairement, lorsque la dilatation est un peu considérable, ce tissu est condensé comme si les cellules avaient été mécaniquement rapprochées les unes des autres, sans avoir toutefois perdu sa résistance à la traction, différant en cela de celui qui entoure les cavernes tuberculeuses. Il est imperméable à l'air et n'offre pas de granulations à la coupe. Dans le cas rapporté par Legendre, le tissu de consistance presque squirrheuse, ressemblait, sous les rapports de la couleur, de la densité et de la consistance, à celui de l'utérus. C'est dans ces cas que la matité existe.

[M. Barth a établi que la dilatation des bronches est ordinairement *unilatérale*, et un peu plus fréquente *à gauche* qu'à droite. Il a noté aussi la *diminution de volume* du poumon où existent les dilatations ; ce poumon a quelquefois subi une réduction d'un tiers; il ne remplit plus le côté correspondant du thorax, vers lequel se développe le poumon sain, en refoulant le médiastin.]

Telles sont les lésions qui appartiennent en propre à la dilatation des bronches ; elles ont été très soigneusement décrites par les auteurs; mais j'ai dû me borner à en donner une simple indication. On trouve, en outre, les lésions dues aux maladies qui ont occasionné la mort, et dont il est inutile de nous occuper ici.



§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de la dilatation des bronches est, comme je l'ai déjà dit, le *point le plus important* de son histoire. Voyons donc : 1° avec quelles

maladies on peut la confondre, et quels sont les signes qui servent à la distinguer : 2° si l'on peut parvenir à reconnaître quelle est la forme de la dilatation.

Nous avons vu que parfois il existe une matité notable de la poitrine, et en même temps un souffle intense et une bronchophonie très forte. On pourrait alors admettre l'existence d'une *pneumonie* à l'état aigu ou chronique, surtout si le siége de la lésion était à la partie postérieure et inférieure du poumon, cas le plus ordinaire en pareille circonstance.

On ne saurait évidemment soupçonner une *pneumonie aiguë* que dans le cas où une bronchite aiguë assez intense serait venue se joindre à la dilatation des bronches. Alors, en effet, il existe un mouvement fébrile plus ou moins marqué, une toux violente, et, de plus, les symptômes locaux que nous venons d'indiquer; mais si l'on étudie avec soin toutes les circonstances de la maladie, on apprend que longtemps avant cette recrudescence, il existait une toux habituelle; qu'il n'y a eu au début ni frisson intense, ni trouble des voies digestives, ni point de côté; que les crachats n'ont pas été rouillés et n'ont présenté aucune des couleurs qui appartiennent à la pneumonie. Enfin, bien que des symptômes généraux existent, on remarque ordinairement qu'ils ne sont point en rapport avec la grande étendue de la lésion qu'indiquent les signes stéthoscopiques. Lorsque la fièvre est tombée depuis assez longtemps, et que les principaux symptômes se sont amendés, la persistance de ces derniers signes vient confirmer le diagnostic, qui alors, il est vrai, n'a plus la même importance.

On a vu que, dans le cas que j'ai cité, l'absence du bruit respiratoire et de l'expectoration, la matité et l'appareil fébrile, pouvaient faire croire à une *pleurésie aiguë*, mais le peu d'intensité du point de côté et l'absence de l'égophonie empêchaient de commettre l'erreur, qui, du reste, n'était possible que les premiers jours.

Lorsque la pneumonie se termine par un *abcès* ou par la *gangrène du poumon*, elle peut donner lieu à une excavation dans laquelle se passent des phénomènes semblables à ceux qui appartiennent à la dilatation des bronches. La marche de la maladie et les signes que je viens d'indiquer suffisent, dans des cas semblables, pour faire éviter une méprise. Assez souvent, ainsi qu'on l'a vu plus haut, les crachats sont fétides dans la dilatation des bronches aussi bien que dans la gangrène du poumon; mais dans ce dernier cas, ils ont une fétidité gangréneuse toute particulière qui confirme le diagnostic plutôt qu'elle ne prête à la confusion.

Ce n'est que dans les cas où la dilatation des bronches n'offre aucun signe d'acuité, qu'on pourrait soupçonner l'existence d'une *pneumonie chronique;* mais : 1° cette dernière maladie est encore plus rare que la dilatation des bronches; 2° dans les cas infiniment peu nombreux où on l'a observée, on l'a vue succéder à une pneumonie aiguë; en sorte qu'en se rappelant l'invasion rapide de cette affection chez un sujet alors bien portant, on a un précieux élément de diagnostic; 3° lorsque la dilatation des bronches est dans des conditions telles que l'erreur de diagnostic pourrait être commise, on a, pour éviter cette erreur, l'absence du dépérissement et de la fièvre, qui existent dans la péripneumonie chronique, et qui sont souvent très remarquables.

La dilatation des bronches pourrait être et a été, en effet, confondue avec les *cavernes tuberculeuses*. Ce n'est que quand la dilatation existe sous forme globu-

leuse que cette méprise est possible. Elle est d'autant plus grave, qu'on peut inspirer de très vives craintes au malade ou à sa famille, alors qu'il s'agit seulement d'une affection dont les conséquences sont peu redoutables. C'est donc relativement à ce diagnostic que nous devons rechercher avec le plus de soin les signes distinctifs des deux affections. On a vu que dans la dilatation des bronches il n'y avait pas de dépérissement marqué, quoique la maladie existât depuis longtemps et avec des signes extrêmement notables. Dans la phthisie, au contraire, le dépérissement commence avec les premiers symptômes, et lorsque l'affection est arrivée au point où l'on pourrait la confondre avec la dilatation des bronches, il est toujours très considérable. En un mot, dans la première affection, il n'y a presque aucun rapport entre l'état général du malade et les symptômes locaux; dans la seconde, au contraire, ce rapport est évident.

L'expectoration, dans les deux affections, a beaucoup d'analogie; néanmoins on ne trouve pas, dans la dilatation des bronches, les stries purulentes qui s'observent dans les crachats des phthisiques. Quelle que soit sa nature, l'expectoration est toujours plus homogène dans la dilatation des bronches, dans laquelle les sueurs nocturnes, les hémoptysies, le dévoiement habituel ne s'observent pas; or la réunion de ces circonstances suffit, dans le plus grand nombre des cas, pour lever tous les doutes. Quant aux signes physiques, ils fournissent quelquefois moins de lumière. Cependant il est une circonstance qu'il ne faut pas oublier, et qui est extrêmement importante pour le diagnostic : c'est que la dilatation des bronches a son siége aussi bien, et plus fréquemment peut-être, à la partie postérieure moyenne et inférieure de la poitrine, qu'au sommet des poumons, tandis qu'il est excessivement rare que la phthisie pulmonaire se montre ailleurs que dans ce dernier point. Il s'ensuit donc que, si l'on trouve hors des limites des lobes supérieurs du poumon les signes d'une caverne, on devra déjà soupçonner l'existence d'une dilatation des bronches plutôt que d'une excavation tuberculeuse; mais on ne conservera plus de doute, lorsqu'on aura constaté l'absence des divers symptômes de fièvre hectique que je viens de mentionner.

Il arrive quelquefois que le tissu pulmonaire n'étant point notablement condensé au niveau de la dilatation, il n'y a pas dans ce point de matité marquée; le diagnostic devient alors beaucoup plus facile, car les choses ne peuvent se passer ainsi que dans un cas de dilatation simple des bronches.

[La *pleurésie chronique avec épanchement purulent circonscrit, ouvert dans les bronches*, peut également simuler la dilatation des bronches; cependant, dans ce cas, la matière de l'expectoration est uniformément purulente; et, de plus, sans aucun effort de toux, elle s'échappe, sous forme de jet, de la bouche du malade, lorsque celui-ci baisse la tête au-dessous du niveau de la poitrine.]

Malgré tous ces éléments de diagnostic, quelque exercé que l'on soit dans l'exploration des maladies, et quelque soin que l'on mette dans cette exploration, il est des cas qui offrent des difficultés presque insurmontables : c'est lorsque la dilatation des bronches existe au sommet de la poitrine, chez un sujet d'une constitution détériorée. Les hommes les plus habiles ont pu, en pareil cas, croire à l'existence de la phthisie pulmonaire. Lorsque cette dernière maladie existe en même temps que la dilatation des bronches, le diagnostic est beaucoup plus difficile encore; mais il n'a plus que très peu d'importance.

Reste maintenant une dernière question : *L'existence de la dilatation des bronches étant reconnue, peut-on savoir quelle en est la forme?* D'après les observations que nous possédons, on voit que la dilatation uniforme d'une grande étendue des bronches se manifeste par la matité, le souffle bronchique et la bronchophonie, mêlés fréquemment d'un râle muqueux assez prononcé, et que la dilatation globuleuse, au contraire, donne lieu à la respiration caverneuse, au râle muqueux limité, à la pectoriloquie. Quant à la dilatation des bronches en chapelet, elle peut présenter tous ces signes à la fois. Ce diagnostic n'a pas une très grande importance pratique, car rien ne nous a encore appris qu'une des trois formes de la dilatation eût beaucoup plus de gravité que les autres.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la dilatation des bronches avec bronchite aiguë, et de la pneumonie aiguë.*

DILATATION DES BRONCHES AVEC BRONCHITE AIGUE	PNEUMONIE AIGUE.
Antécédents : *Toux habituelle.*	Antécédents : Point de *toux habituelle.*
Au début de la bronchite, *symptômes* médiocrement intenses ; ni *frissons intenses*, ni *vomissements*, etc.	Au début, *symptômes* plus ou moins intenses ; *frissons, vomissements*, etc.
Oppression sans *point de côté.*	*Point de côté.*
Pas de *crachats pneumoniques.*	*Crachats rouillés, orangés*, etc.
Symptômes généraux non en rapport avec les *symptômes locaux.*	*Symptômes généraux* en rapport avec les *symptômes locaux.*

2° *Signes distinctifs de la dilatation des bronches et de la pneumonie chronique.*

DILATATION DES BRONCHES.	PNEUMONIE CHRONIQUE.
Antécédents : Point de *pneumonie aiguë.*	Antécédents : *Pneumonie aiguë préexistante.*
Point de *fièvre hectique.*	*Fièvre lente.*
Point de *dépérissement bien marqué.*	*Dépérissement.*

3° *Signes distinctifs de la dilatation des bronches et des cavernes tuberculeuses.*

DILATATION DES BRONCHES.	CAVERNES TUBERCULEUSES.
Malgré l'ancienneté de la maladie *dépérissement peu notable.*	*Dépérissement datant du début.*
Point de *sueurs nocturnes.*	*Sueurs nocturnes.*
Pas d'*hémoptysie.*	Souvent *hémoptysie.*
Pas de *dévoiement habituel.*	*Dévoiement fréquent.*
Les signes physiques peuvent s'entendre *ailleurs* qu'au sommet des poumons.	Siége des signes stéthoscopiques *dans les lobes supérieurs.*
Quelquefois pas de *matité; son normal* de la poitrine.	*Matité* ou *son anormal* au niveau des cavernes.

4° *Signes distinctifs de la dilatation uniforme des bronches et de la dilatation avec renflement.*

DILATATION UNIFORME.	DILATATION AVEC RENFLEMENT.
Souffle *bronchique.*	Respiration *caverneuse.*
Bronchophonie *étendue.*	*Pectoriloquie.*
Râle muqueux *disséminé.*	Râle muqueux *circonscrit.*



Quelle que soit la valeur des différents signes distinctifs que nous venons d'indiquer, nous devons ajouter que le moyen le plus sûr de porter un diagnostic exact, c'est d'étudier avec soin la marche de la maladie, et d'interroger attentivement le malade sur ses antécédents. Il n'est pas une seule des circonstances qui s'y rattachent qui n'ait son importance.

Pronostic. — La dilatation des bronches n'a point par elle-même un très grand danger ; les sujets qui nous en ont fourni des exemples ont presque toujours succombé à une maladie chronique étrangère. Cependant l'état dans lequel se trouvent les poumons, et la facilité qu'ont les malades à contracter des bronchites, les exposent aux affections aiguës de la poitrine, et principalement à la pneumonie, qui peut causer la mort.

§ VII. — Traitement.

On conçoit facilement qu'une maladie dont nous possédons un si petit nombre d'exemples ait été bien peu étudiée sous le rapport du traitement. Les difficultés mêmes du diagnostic se sont assez souvent opposées à ce qu'on dirigeât contre la dilatation des bronches des moyens particuliers. Presque toujours les sujets ont été traités comme affectés de bronchite chronique ou de phthisie pulmonaire. Voyons, dans les cas observés par les auteurs, le petit nombre de remèdes qui ont été employés.

Laennec prescrivit, dans un cas, une infusion pectorale à laquelle on ajoutait 8 *grammes d'eau de chaux*. Dans un autre, il administra la potion suivante :

℞ Infusion de tilleul.......	120 gram.	Extrait de quinquina........	2 gram.
Ether................	2 gram.	Sirop de fleur d'oranger......	14 gram.

A prendre par cuillerées.

Cette potion était sans doute destinée à faire cesser les quintes de toux, que Laennec regardait comme spasmodiques.

Chez un sujet observé par M. Andral, on appliqua un *vésicatoire* sur la poitrine, et enfin Laennec conseille les *amers*, les *astringents*, les *aromatiques*, les *balsamiques*, les *ferrugineux*, les *antiscorbutiques*. Une même réflexion s'applique à tous ces moyens : c'est que, si d'après l'étude des symptômes, ils paraissent indiqués dans la dilatation des bronches, du moins nous ne pouvons invoquer aucun fait pour en apprécier le degré d'efficacité.

Je n'en dirai pas autant des *eaux sulfureuses*, bien que nous ne puissions citer en leur faveur aucune analyse d'observations ; mais leurs effets dans la bronchite chronique peuvent nous faire penser que certains cas, qui ont été donnés comme des exemples de véritable phthisie pulmonaire guérie par elles, n'étaient autre chose que de simples dilatations des bronches, avec un catarrhe chronique dont les symptômes ont été notablement amendés. Dans un cas bien reconnu, on pourrait donc avoir recours à ce moyen, avec espoir de succès. M. Barth cite avec éloges les eaux du Vernet et celles d'Amélie-les-Bains (1).

(1) On consultera avec intérêt l'excellent *Dictionnaire des eaux minérales* de MM. Durand-Fardel, E. Le Bret et Lefort, 1859.

Enfin, rappelant encore cette circonstance, que la *bronchite chronique* existe presque toujours dans la dilatation des bronches, dont elle fait pour ainsi dire partie essentielle, nous indiquerons comme nécessairement utile le *traitement de cette espèce de bronchite*, auquel nous renvoyons le lecteur.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Antispasmodiques, révulsifs; toniques, amers, astringents, aromatiques; eaux sulfureuses; traitement de la bronchite chronique.

ARTICLE VI.

RÉTRÉCISSEMENT DES BRONCHES.

Cette lésion des canaux aériens est encore plus rare que la dilatation; elle n'a qu'une importance très faible pour le praticien : c'est pourquoi nous ne nous étendrons pas longuement sur son histoire.

On a cité un petit nombre de cas où les bronches étaient, dans une étendue variable, rétrécies à un haut degré. M. Andral, qui a recueilli quelques observations de ce genre, a vu une des grosses bronches rétrécie au point de pouvoir à peine admettre un stylet. Lorsque ce rétrécissement est aigu, il est dû tout simplement à un épaississement considérable de la muqueuse bronchique, et alors il n'est jamais porté au degré que je viens d'indiquer. Dans les cas de rétrécissement chronique, on a trouvé tous les tissus de la bronche hypertrophiés; et une fois même M. Andral rencontra, dans un des canaux aériens d'un petit calibre, une masse cartilagineuse qui appartenait à ses parois et qui en obstruait en grande partie la cavité.

Les *symptômes* auxquels donne lieu le rétrécissement des bronches sont peu nombreux. Suivant M. Andral, on observe une dyspnée habituelle, moins forte lorsque le rétrécissement est chronique que lorsqu'il est aigu. Cependant on ne saurait admettre que, dans les cas qui ont été cités, ce symptôme ait appartenu exclusivement au rétrécissement des bronches; car il existait en même temps des affections dont la dyspnée est un symptôme, telles que la pleurésie et les tubercules pulmonaires.

La *percussion* ne fournit aucun signe de quelque valeur. A l'*auscultation*, on entend du râle ronflant ou sibilant, et quelquefois, comme M. Andral en a cité un cas très remarquable, une diminution notable du bruit respiratoire dans la portion du poumon où va se rendre la bronche oblitérée.

On voit, d'après le peu de matériaux que nous pouvons mettre en œuvre, combien le rétrécissement des bronches est encore peu connu. Je n'entrerai par conséquent dans aucun détail sur la *marche* de la maladie, sur le *traitement*, ni même sur le *diagnostic*, sur lequel il serait néanmoins bien plus important d'avoir des données positives. J'aurai occasion d'y revenir, lorsque je parlerai de la compression des bronches par les tumeurs développées dans la cavité thoracique.

On doit mettre en usage le traitement qui a été recommandé dans l'histoire de la *bronchite*.

On lira avec intérêt une observation de rétrécissement de la partie inférieure

de la trachée observée par M. Moissenet (1). La malade, âgée de vingt-sept ans, succomba après l'opération de la trachéotomie; il existait dans la trachée des ulcérations syphilitiques qui avaient détruit plusieurs cartilages; et, sous l'influence d'un traitement mercuriel, ces ulcérations avaient guéri, mais en amenant un rétrécissement très notable. L'auteur cite une observation analogue du docteur Worthington (2).]

ARTICLE VII.

EMPHYSÈME VÉSICULAIRE DU POUMON.

L'emphysème pulmonaire n'est réellement bien connu que depuis un petit nombre d'années. Plusieurs auteurs avaient, avant Laennec, observé des dilatations plus ou moins considérables des vésicules du poumon; mais bien que quelques-uns, et en particulier Baillie, eussent remarqué que les sujets présentant ces dilatations avaient eu une grande difficulté de respirer pendant leur vie, on peut dire néanmoins que les anciens n'avaient aucune idée précise des rapports qui existent entre la lésion propre à l'emphysème du poumon et les symptômes de cette affection. On peut s'en convaincre par la lecture des observations rapportées dans les ouvrages de Morgagni (3), de Stork, de Ruysch, etc., observations dont les détails portent exclusivement sur l'anatomie pathologique. Laennec, étudiant avec sa sagacité habituelle les maladies chroniques du poumon, ne tarda pas à trouver, chez des sujets que l'on croyait affectés d'un asthme ordinaire, une dilatation plus ou moins considérable des vésicules bronchiques, et bientôt il fut à même de tracer une histoire détaillée de la maladie. Plus tard, M. Louis (4) publia sur cette affection un mémoire plein de détails intéressants et d'aperçus nouveaux. En 1840, M. Beau a exposé quelques considérations sur le mécanisme de la production de l'emphysème pulmonaire qu'il a depuis réunies avec différents travaux (5) en les complétant. Plus récemment, M. Gairdner (6) a, d'après des faits très intéressants, donné une nouvelle théorie de la production de cette lésion.

[Enfin, dans le *Traité de diagnostic médical* publié par l'un de nous, les signes de cette affection sont décrits avec grand soin.]

L'histoire de l'asthme, telle que nous l'ont laissée les anciens, présente une telle confusion, qu'il est assez difficile de déterminer quelle est la part précise de l'emphysème pulmonaire dans cette affection si complexe.

L'emphysème pulmonaire a été divisé par les auteurs en deux espèces particulières : la première est l'*emphysème vésiculaire*, c'est-à-dire celui qui a pour caractère anatomique le développement anormal des vésicules; et la seconde, l'*emphysème interlobulaire*, c'est-à-dire celui qui est caractérisé anatomiquement par l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire situé entre les vésicules et les lobules pulmonaires ou la plèvre. Nous présenterons séparément l'histoire de ces deux

(1) *Bulletin de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1839, p. 125.

(2) *Medico-chirurgical Transactions*, t. XXV, p. 220, et *Arch. de méd.*, 1843, t. II.

(3) *Epist.* IV, 24; XVIII, 14, et XXII, 12 et 13.

(4) *Mém. de la Soc. méd. d'observation*. Paris, 1837, t. I.

(5) *Traité expérimental et clinique d'auscultation appliquée à l'étude des maladies du poumon et du cœur* Paris, 1856, p. 143.

(6) *On the pathol. anatomy of bronchitis*, etc. Edinburgh, 1850.

affections, en commençant par l'*emphysème vésiculaire*, auquel cet article est exclusivement consacré.

§ I. — Définition, synonymie.

Ici, tout d'abord, se présente une difficulté; les auteurs ne sont pas, en effet, d'accord sur les caractères qui distinguent l'emphysème pulmonaire des autres affections du poumon. Peut-on dire que cette maladie est la *dilatation des vésicules bronchiques?* A cela on répond que la dilatation des vésicules n'est que le résultat et non la cause organique de la maladie. Faut-il la définir un *catarrhe avec dyspnée intermittente?* Mais nous verrons plus loin qu'il n'est pas démontré que le catarrhe soit aussi essentiel à la production de la maladie que quelques auteurs le pensent. Enfin, ne doit-on avoir égard qu'aux *accès de dyspnée* eux-mêmes? Mais il est parfaitement démontré que la maladie peut être reconnue positivement, en l'absence de ces accès. Au milieu de ces difficultés, on ne peut définir l'emphysème pulmonaire qu'en réunissant les principaux caractères de cette affection. Ainsi nous dirons que l'emphysème pulmonaire est une affection caractérisée pendant la vie par : *une augmentation de capacité d'une plus ou moins grande étendue de la cavité thoracique; l'augmentation de la sonorité du thorax et la diminution du bruit respiratoire dans les points dilatés; des accès plus ou moins fréquents de dyspnée;* et après la mort, une *dilatation marquée des vésicules pulmonaires.*

Avant les recherches de Laennec, on ne connaissait la maladie qui nous occupe que sous le nom d'*asthme;* aujourd'hui le nom d'*emphysème pulmonaire* est généralement admis. Cependant M. Beau, craignant de donner, par cette expression, une trop grande valeur aux lésions anatomiques, veut que l'on revienne à l'ancienne dénomination. D'après ce que nous avons dit plus haut, on ne saurait admettre cette manière de voir.

L'emphysème des poumons est une des maladies les *plus fréquentes.* M. Louis a pu, en effet, observer 90 cas d'emphysème dans l'espace de moins de deux ans; et aujourd'hui que les signes en sont bien mieux connus, il n'est pas un médecin qui n'en trouve un nombre considérable dans sa pratique. Ce qui prouve encore mieux la fréquence de cette maladie, c'est ce fait noté par M. Louis, que sur 50 sujets emportés par le choléra, 23 étaient atteints d'emphysème à divers degrés. Enfin si j'ajoute que le plus grand nombre des cas désignés autrefois sous les noms de *dyspnée, orthopnée, asthme, accès de suffocation*, étaient des cas d'emphysème pulmonaire, nous aurons donné une idée exacte de la grande fréquence de cette affection.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il reste beaucoup à faire pour l'étude des causes de l'emphysème. Les observations de MM. Louis et Jackson, qui présentent d'ailleurs des détails si importants, sont, de l'aveu du premier de ces observateurs, incomplètes sous le rapport des causes. Toutefois c'est encore là que nous devons chercher les renseignements les plus positifs.

L'emphysème pulmonaire peut se montrer *dès l'enfance.* M. Lediberder a rencontré des vésicules dilatées chez des nouveau-nés qui avaient succombé à des

affections primitivement étrangères aux organes thoraciques. On peut même dire que c'est dans les premières années de l'existence que se manifeste le plus grand nombre des cas de cette maladie. Il est vrai qu'elle est proportionnellement beaucoup plus fréquente dans la *vieillesse;* mais c'est parce que l'emphysème pulmonaire est une affection ordinairement très chronique, qui tend toujours à faire des progrès, et que, par suite, elle persiste jusqu'à un âge avancé.

On ne trouve pas, dans les auteurs, des renseignements positifs sur l'influence des *sexes* dans la production de cette affection.

Quant à la *constitution*, elle est très variable dans les observations qui ont été recueillies. Souvent elle est affaiblie chez les sujets soumis à notre observation; mais ordinairement cette constitution débilitée est la conséquence et non la cause de la maladie.

L'*hérédité* mérite d'être étudiée. M. Jackson (1) a vu, en effet, que sur 28 sujets atteints d'emphysème pulmonaire, 18 étaient nés de parents affectés de la même maladie, tandis que sur 50 qui n'étaient pas emphysémateux, 3 seulement avaient eu des parents atteints d'asthme; et, chose que M. Jackson a eu soin de noter, c'est que l'hérédité s'est principalement montrée chez les sujets qui avaient été atteints de l'affection dès leurs premières années : circonstance remarquable, qui peut nous porter à admettre que *tout n'est pas mécanique* dans la production de l'emphysème vésiculaire du poumon.

L'influence des diverses maladies sur la production de l'emphysème vésiculaire n'a pas été suffisamment recherchée; cependant M. Fauvel (2) a constaté que la bronchite capillaire s'accompagnait constamment d'une dilatation aiguë des vésicules pulmonaires, sur laquelle nous reviendrons plus loin. M. Gairdner a vu la bronchite ordinaire produire le même effet. M. Grisolle (3) a examiné ses observations pour savoir si la pneumonie avait un résultat semblable, et il s'est assuré qu'il n'en était rien.

Tels sont les renseignements que nous avons sur les causes prédisposantes. Ils sont, comme on le voit, peu nombreux et peu précis, et c'est encore un sujet à signaler aux observateurs.

2° Causes occasionnelles.

Ce sont celles qui ont le plus spécialement fixé l'attention des auteurs, et en particulier de Laennec. « L'emphysème pulmonaire, dit-il, se développe presque toujours *à la suite des catarrhes secs* intenses et étendus, et presque tous les sujets asthmatiques par cette cause présentent, à l'ouverture, une dilatation plus ou moins marquée d'un certain nombre de cellules bronchiques. Cette observation conduit, ce me semble, à concevoir d'une manière toute physique la dilatation des cellules pulmonaires. Nous avons vu que, dans le catarrhe sec, les petits rameaux bronchiques sont souvent complétement obstrués, soit par les crachats nacrés, soit par le gonflement de leur membrane muqueuse; or, comme les muscles qui servent à l'inspiration sont forts et nombreux, que l'expiration, au contraire, n'est produite

(1) Mémoire de M. Louis, *loc. cit.*, p. 55.
(2) *Rech. sur la bronchite capillaire*, thèse. Paris, 1840.
(3) *Traité de la pneumonie aux différents âges*. Paris, 1841, in-8, p. 482.

que par l'élasticité des parties et la faible contraction des muscles intercostaux, il doit souvent arriver que dans l'inspiration, l'air, après avoir forcé la résistance que lui offraient les mucosités ou la tuméfaction de la membrane bronchique, ne peut la vaincre dans l'expiration, et se trouve emprisonné par un mécanisme analogue à celui de la crosse d'un fusil à vent. » C'est ensuite par l'accumulation de l'air dans cette cavité, dont l'ouverture est obstruée, que Laennec explique la dilatation des vésicules.

Cette explication a été adoptée par M. Beau, qui non-seulement admet comme cause occasionnelle l'existence du catarrhe sec, mais encore celle du catarrhe pituiteux. Celui-ci peut, en effet, suivant cet observateur, obstruer les bronches de manière à produire l'accumulation d'air signalée par Laennec.

Les observations récentes de M. Gairdner sont venues prouver que ces explications sont erronées. Il résulte, en effet, des recherches intéressantes de cet auteur que l'obstruction des bronches n'emprisonne pas l'air dans les vésicules, mais l'empêche d'y parvenir, de telle sorte que le tissu pulmonaire s'affaisse au delà du point obstrué, et tombe dans cet état que l'auteur appelle *collapsus*, et qui a été décrit par les observateurs français sous le nom d'*état fœtal*. Il faut donc une autre explication, et voici celle que donne M. Gairdner. Supposons, dit-il, qu'il faille trente-six mesures d'air dans les poumons pour une inspiration régulière; si, par une cause quelconque, un tiers des poumons devient imperméable, les deux autres devront y suppléer, c'est-à-dire qu'ils recevront dix-huit mesures d'air chacun, au lieu de douze qui est le chiffre normal pour chaque tiers. De là effort de l'air sur les parois des vésicules, et leur dilatation. Ainsi la dilatation ne se fera pas par l'air accumulé et emprisonné dans les vésicules, mais bien par l'air affluant avec force dans ces cavités. Or c'est ce qui arrive lorsque, dans la bronchite, une obstruction d'un rameau volumineux soustrait, comme nous l'avons vu dans l'histoire de cette affection, une partie notable du poumon à l'abord de l'air. Mais s'il en est ainsi, toute autre cause agissant de la même manière devra produire le même effet, et c'est précisément ce qui a lieu. Qu'une partie du poumon soit rendue imperméable par l'accumulation des tubercules dans un point, par une hépatisation, etc., et les vésicules perméables se dilatent. Si la cause est passagère, l'effet est passager comme elle; mais si elle est permanente, l'effet est permanent. Cependant on n'a pas admis ce fait relativement aux tubercules; mais si on l'a ignoré, c'est faute d'avoir bien observé. M. Gairdner a toujours trouvé l'emphysème du poumon chez les tuberculeux qui avaient une certaine partie des bronches obstruée autour des tubercules, et, chose bien remarquable, lorsque les tubercules se sont fondus, lorsqu'il s'est formé une ou plusieurs cavernes accessibles à l'air, l'équilibre se rétablissant plus ou moins, l'emphysème a cessé en tout ou en partie. Cette présence de l'emphysème chez les tuberculeux n'a pas été seulement observée par M. Gairdner. En 1852, M. Gallard (1), interne dans mon service à l'hôpital de la Pitié, a fait des recherches sur ce point, et a constamment trouvé de l'emphysème chez les sujets qui avaient été enlevés par la phthisie pulmonaire.

Enfin, et c'est là une preuve qui a une grande importance, M. Gairdner fait observer que de cette manière on explique parfaitement comment l'emphysème

(1) Mémoire inédit envoyé au concours des prix des internes, année 1852.

produit ailleurs que dans le point où les bronches sont obstruées, et d'abord dans le bord antérieur du poumon, c'est-à-dire dans le point le plus éloigné du siége habituel du catarrhe pulmonaire : objection qui n'avait pas échappé à M. Louis et qui est très puissante, car évidemment le fait est inexplicable dans la théorie de Laennec et de M. Beau.

M. Louis a combattu l'opinion de Laennec; mais à ce sujet quelques mots d'explication sont nécessaires. Laennec n'a pas seulement indiqué le catarrhe comme cause occasionnelle, mais encore il a signalé comme caractère essentiel de l'emphysème le râle sous-crépitant, qui est un signe de la bronchite capillaire. M. Louis a pensé que c'était à l'accumulation du liquide produit par cette bronchite capillaire, dont le signe physique paraissait un caractère pathognomonique à Laennec, que ce dernier auteur attribuait la dilatation. On vient de voir que l'explication de Laennec est un peu différente : d'où il suit que l'objection de M. Louis perd de sa force, relativement au mécanisme de la production de l'emphysème.

Mais il est d'autres points sur lesquels la théorie de Laennec est plus attaquable. Laennec dit que l'emphysème pulmonaire se développe *presque toujours* à la suite du catarrhe; donc il y a des cas dans lesquels le catarrhe antécédent n'a pas existé. Toutefois M. Beau répond qu'il ne faut pas une longue existence du catarrhe pour produire l'emphysème; que, dès que le premier occasionne l'obstruction des bronches, le second peut se développer, et cela très rapidement. Le fait est vrai; mais il est des cas qui ne se prêtent point à cette explication. M. Louis a vu, en effet, deux sujets qui n'éprouvaient ni dyspnée, ni aucun autre signe du catarrhe pulmonaire, quoique les symptômes physiques de l'emphysème existassent à un haut degré; évidemment on ne saurait trouver dans ces deux cas la cause signalée par Laennec. On verra, en outre, dans la description qui va suivre, que l'emphysème affecte d'abord et de préférence le bord antérieur du poumon, de telle sorte qu'à son début il est presque toujours borné à cette partie de l'organe; comment expliquer ce fait dans la théorie de Laennec et de M. Beau? On ne saurait évidemment admettre que les bronches dont les extrémités vont se rendre au bord tranchant de l'organe sont seules affectées de catarrhe et obstruées. C'est donc ici le lieu de rappeler les recherches de M. Gairdner, dont j'ai indiqué les résultats plus haut, et qui expliquent parfaitement ce qui, auparavant, paraissait inexplicable.

Cependant il est des cas qui demandent une explication différente. Ainsi, M. Longet (1) a rapporté des expériences qui prouvent que les parois des vésicules pulmonaires sont douées de contractilité, que la section du nerf vague les paralyse, et qu'il en résulte l'emphysème.

On a vu aussi une simple *émotion morale* donner lieu à l'emphysème pulmonaire. Laennec en a vu des exemples, et M. Louis en rapporte deux cas qu'il a observés avec soin. Enfin, Laennec lui-même a reconnu que, dans certains cas, la dilatation des cellules est primitive et le catarrhe consécutif.

Que conclure de tout cela? Que s'il est vrai que le catarrhe pulmonaire, donnant lieu à une sécrétion visqueuse, et par suite à une dilatation des canaux bronchiques, peut produire la dilatation des vésicules, cette cause n'est pas constante;

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, séance du 5 décembre 1842.

qu'il faut chez les sujets une prédisposition particulière que nous ne pouvons saisir ; en un mot, je le répète, que *tout n'est point mécanique* dans la production de cette maladie.

Enfin Laennec regarde comme une cause occasionnelle les *grands efforts inspiratoires* qui obligent de retenir longtemps dans les poumons l'air inspiré, l'action de jouer des instruments à vent, par exemple. Toute *compression des gros troncs bronchiques* lui paraît encore propre à produire le même effet ; mais cette opinion n'est pas fondée sur des faits concluants.

§ III. — Symptômes.

Déjà Laennec avait tracé une description assez détaillée des symptômes de l'emphysème pulmonaire ; mais c'est M. Louis qui a donné à cette description le degré de précision qu'elle présente aujourd'hui ; c'est aussi à lui que nous empruntons les principaux détails qui vont suivre.

Début. — Nous avons vu que le *début* de l'affection remontait très souvent à une époque très éloignée. Dans ces cas, tantôt les malades se souviennent qu'ils ont été de très bonne heure fort essoufflés, et que, dans les premiers temps, la maladie a eu une assez grande intensité ; tantôt, au contraire, ils rapportent que leur oppression, d'abord peu considérable, n'a fait que des progrès lents, et n'a acquis une certaine violence qu'au bout de quelques années. Dans ceux où la maladie est due à une émotion morale, elle se manifeste dès le début avec une intensité marquée.

Symptômes. — Une *dyspnée*, d'autant plus notable que l'emphysème occupe une plus grande étendue, se manifeste chez un si grand nombre de sujets, que les cas où elle n'existe pas doivent être regardés comme tout à fait exceptionnels. Souvent les malades se rappellent que, dans leur enfance, ils ont eu l'haleine très courte, et n'ont jamais pu se livrer avec facilité aux jeux de cet âge. Dans tous les cas où l'on a pu étudier les sujets pendant un temps assez considérable, on a observé cette dyspnée à un degré plus ou moins marqué. Une fois établie, elle persiste, et, dans le plus grand nombre des cas, elle fait des progrès sensibles.

Accès de dyspnée. — Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans les troubles de la respiration, ce sont les *accès de dyspnée* qui reviennent avec une intensité variable, suivant les sujets. Ils ont été décrits sous le nom d'*accès d'asthme* par tous les auteurs, jusqu'à ce que Laennec ait démontré le rapport qui existe entre la difficulté de la respiration et la dilatation des vésicules bronchiques. Dans ces accès, l'air venant tout à coup à manquer aux malades, ils se mettent sur leur séant ou sortent de leur lit, et font des efforts considérables pour faire entrer dans la poitrine une masse d'air suffisante. Lorsque la dyspnée est poussée au plus haut degré, ils se cramponnent à un corps solide, afin de donner un point d'appui aux muscles inspirateurs, dont les contractions deviennent très violentes. Les yeux sont hagards, la face exprime la frayeur, et souvent il y a une lividité marquée des lèvres. En un mot, on observe tous les signes de l'asphyxie imminente. Ces accès offrent une très grande variété dans leur intensité : certains sujets n'éprouvent qu'une simple augmentation de leur difficulté habituelle de respirer, et d'autres voient survenir tout à coup les symptômes violents que je viens de décrire. Ce

sont ces variétés que les anciens ont désignées sous les noms de *dyspnée*, *asthme*, *orthopnée*, *apnée*, et dont ils faisaient autant d'états pathologiques différents. On a recherché la cause de ces accès; mais quelquefois il est difficile de la reconnaître, quelque soin qu'on mette à étudier les circonstances dans lesquelles le malade s'est trouvé placé. Cependant on a constaté que l'existence d'un catarrhe pulmonaire aigu venait augmenter considérablement leur nombre et leur intensité; ce qui a donné lieu sans doute à l'opinion un peu trop exclusive de M. Beau.

A la dyspnée se joint habituellement un *sentiment d'oppression* derrière le sternum. Les malades redoutent et évitent avec soin tout ce qui peut apporter quelque trouble dans la respiration : ainsi les courses rapides, l'inspiration de l'air froid, l'aspiration des poussières irritantes, etc. Ils ne peuvent pas faire une lecture à haute voix sans être essoufflés, et, quand ils parlent vite, leur discours est entrecoupé d'inspirations hautes et quelquefois bruyantes. Cependant la voix n'est pas sensiblement altérée, et l'on ne remarque aucun symptôme ayant son siége dans le larynx; mais, du côté de la poitrine, il en existe de fort remarquables que je vais passer en revue. Et d'abord étudions l'état des parois thoraciques.

Dans tous les cas observés par MM. Louis et Jackson, la *conformation du thorax* était altérée. Déjà Laennec avait signalé la forme globuleuse de la poitrine, mais n'avait pas, à beaucoup près, étudié ses altérations de forme avec autant de soin et de succès que les deux auteurs précédents. La déformation de la poitrine consiste, dans le plus grand nombre des cas, en une *saillie* plus ou moins étendue, existant le plus souvent d'un seul côté de la poitrine, et ordinairement à gauche; commençant sous l'une des clavicules, et se continuant jusque près de la mamelle et un peu au delà, dans la largeur de 9 centimètres environ. Cette saillie, dont les limites se fondent insensiblement avec le reste des parois thoraciques, est due non-seulement au soulèvement des côtes, mais encore à la tension manifeste des muscles intercostaux; en sorte qu'on ne sent plus la dépression qui existe, à l'état normal, entre les côtes. Quelquefois on trouve une saillie semblable des deux côtés de la poitrine, et alors l'emphysème est double. Trois fois sur six cas cette voussure fut trouvée à la partie postérieure du thorax.

Lorsque la maladie est portée au plus haut point, cette dilatation envahit toute la poitrine, qui alors est globuleuse, comme l'avait remarqué Laennec.

Il est une autre saillie qui a été constatée par M. Louis, et qu'on rencontre assez fréquemment; elle a son siége derrière les clavicules. Chez les sujets qui la présentent, *le creux sus-claviculaire est effacé*, et, pour arriver jusqu'aux parties latérales du cou, le plan de la partie antérieure de la poitrine se continue sans interruption.

Je viens de décrire la déformation de la poitrine comme un signe appartenant en propre à l'emphysème pulmonaire; mais M. Beau a émis une opinion très différente (1). Suivant lui, dans un bon nombre de cas où l'on a trouvé une saillie de la partie antérieure de la poitrine, il n'existait autre chose qu'une de ces saillies physiologiques étudiées par M. le docteur Woillez (2). M. Beau se fonde : 1° sur ce que la saillie de l'emphysème a été trouvée plus fréquemment à gauche, où se

(1) *Traité expérimental et clinique d'auscultation*. Paris, 1856.

(2) *Rech. prat. sur l'inspir. et la mensuration de la poitrine*. Paris, 1838.

montre de préférence la saillie physiologique; 2° sur ce que, dans ses ... saillie est due à la dilatation du poumon, elle n'est point persistante et cesse avec le catarrhe, première cause de sa production. La première objection ne me paraît point avoir une valeur réelle, attendu que ce n'est point seulement l'existence d'une saillie que l'on a constatée, mais un soulèvement anormal des espaces intercostaux, et, comme nous le verrons plus tard, une augmentation de sonorité et une diminution d'intensité du bruit respiratoire dans le point occupé par la voussure; ce qui prouve que cette voussure est véritablement pathologique. Quant à la disparition de la saillie après guérison du catarrhe, tout porte à croire que si elle a lieu, ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels; car depuis l'apparition du mémoire de M. Beau, nous avons cherché à constater le fait sans pouvoir y parvenir; et d'ailleurs, ainsi que nous l'avons vu plus haut, M. Louis a observé la voussure chez des sujets qui n'avaient point de catarrhe.

J'ai insisté sur cette discussion, parce que l'opinion d'un observateur aussi distingué que M. Beau est d'un grand poids, et qu'il est extrêmement important, pour le diagnostic, de connaître exactement la valeur du symptôme dont il s'agit.

La *percussion* de la poitrine fournit des renseignements très utiles, car partout où l'on trouve cette dilatation partielle ou générale dont il vient d'être question, il existe une *augmentation marquée de la sonorité* du thorax. M. Louis n'a trouvé qu'une seule exception à cette règle, et c'était chez un sujet dont les muscles épais ne permettaient pas de pratiquer convenablement la percussion.

L'*auscultation* ne fait pas reconnaître des signes d'une moins grande importance. D'abord on trouve une *diminution marquée du bruit respiratoire* au niveau des points dilatés. On doit toujours avoir soin, pour la constater, d'ausculter la poitrine des deux côtés, dans des points parfaitement correspondants. Quelquefois cette faiblesse du bruit respiratoire est remplacée par une rudesse plus ou moins marquée. En même temps, on entend dans plusieurs points de la poitrine un *râle sifflant ou sonore*, avec ses diverses variétés (*roucoulement de tourterelle*, *corde de basse*, etc.), qui quelquefois est limité à la saillie du thorax, c'est-à-dire, ainsi que le fait remarquer M. Louis, à la partie des poumons où la dilatation des vésicules est plus marquée, ce qui lui a fait dire que, quoique commun à plusieurs maladies, le râle sifflant a peut-être quelque chose de propre à l'emphysème. Il n'est pas douteux aujourd'hui que ces râles sont dus à la présence de mucosités visqueuses dans les petites ramifications des bronches.

Il existe aussi, dans quelques cas, un *râle sous-crépitant* que Laennec a donné comme un signe tout à fait pathognomonique, et dont le siége se trouve à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, à la base des deux poumons. M. Louis a bientôt reconnu que ce râle sous-crépitant produit, ainsi que je viens de le dire, dans un point fort éloigné du siége de la maladie, n'est autre chose qu'un signe du catarrhe pulmonaire aigu, qui vient fréquemment ajouter une si grande intensité à l'emphysème pulmonaire. On en acquiert facilement la preuve en suivant attentivement la marche de la maladie. M. Beau a souvent, dit-il, rencontré le râle sous-crépitant à la partie antérieure de la poitrine, quoiqu'il fût plus abondant et plus étendu à la partie postérieure. Ces faits prouvent que la bronchite intercurrente occupait une grande étendue du poumon qui avait été envahi, comme à l'ordinaire, en commençant par la partie inférieure, mais nullement que le râle sous-

crépitant est particulièrement lié à la production de l'emphysème ou qu'il en est le signe pathognomonique, comme le pensait Laennec.

Dans environ la moitié des cas, il existe, au niveau de la saillie qui correspond aux cellules dilatées, une *douleur* peu caractérisée de la poitrine. Cette douleur n'augmente ni pendant l'inspiration, ni pendant la toux.

La *toux* est un des symptômes les plus constants de l'emphysème, et c'est là un nouveau motif d'admettre la liaison intime d'un léger catarrhe chronique avec cette affection. Néanmoins M. Louis fait remarquer que, dans tous les cas observés par lui, la dyspnée et assez souvent l'oppression débutèrent avant la toux; mais on peut admettre qu'au début, ce léger catarrhe dont il s'agit, et que Laennec classait parmi les catarrhes latents, a pu être assez intense pour produire la dyspnée, sans déterminer une toux notable. Au reste, ce symptôme n'a jamais une très grande intensité, à moins qu'il ne survienne une de ces bronchites aiguës dont nous avons déjà parlé.

Les *crachats*, lorsqu'il n'existe point de catarrhe aigu avec râle sous-crépitant à la partie postérieure de la poitrine, sont plus ou moins mousseux, largement aérés, demi-vitrés, semblables à une solution de gomme, ou quelquefois perlés et nacrés. Lorsqu'au contraire ce catarrhe existe, on observe les crachats de la seconde période de la bronchite, c'est-à-dire les crachats verdâtres, opaques, peu aérés, ou grisâtres et légèrement striés de sang.

Tels sont les symptômes qui appartiennent en propre à l'emphysème pulmonaire. Ce sont eux qui servent à fixer d'une manière précise le diagnostic; mais il en est quelques autres qu'il faut rapidement indiquer.

Lorsque la maladie a duré longtemps, il survient souvent des *palpitations et de l'œdème;* ces symptômes sont dus à une *hypertrophie* plus ou moins considérable *du cœur*, qui se fait reconnaître par ses signes ordinaires. Cette apparition de l'anévrysme du cœur, chez des sujets affectés d'emphysème pulmonaire, a fait penser à quelques observateurs que l'asthme était dû à cette dernière affection; mais en étudiant la marche de la maladie, on voit que les premières palpitations, et tous les symptômes qui se lient à l'hypertrophie du cœur, ont apparu fort longtemps après le début de l'emphysème; en sorte que cette hypertrophie, bien loin d'être la cause de l'asthme, n'en est qu'un effet. C'est, du reste, un point sur lequel nous reviendrons en traitant des *maladies du cœur*.

Lorsqu'il n'existe point de catarrhe aigu intense, la circulation ne présente rien de remarquable, à moins toutefois qu'il n'y ait une hypertrophie considérable du cœur; mais lorsque ce catarrhe se déclare, la *fièvre* s'allume quelquefois avec intensité; le pouls devient dur et fréquent; la peau est chaude, la face animée; il y a quelquefois de l'agitation; parfois aussi les douleurs de la poitrine augmentent de violence; et si l'on se rappelle que la dyspnée est très considérable, on ne sera pas surpris qu'en pareil cas on puisse croire à l'existence d'une véritable pneumonie. Nous avons vu à la Salpêtrière plusieurs cas de ce genre, dans lesquels la connaissance des antécédents, l'existence du râle sous-crépitant des deux côtés de la partie postérieure de la poitrine, et la persistance de la sonorité normale, pouvaient seules faire éviter une erreur de diagnostic.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique. Elle offre d'assez grandes variations, suivant les sujets. Les accès deviennent parfois très fréquents et très violents, et quelquefois sont très rares et très peu intenses. La cause de ces exacerbations, d'une durée plus ou moins longue, est souvent l'apparition d'un catarrhe pulmonaire aigu.

Quant à la *durée* de la maladie, elle est illimitée. On voit fréquemment des sujets en présenter les symptômes depuis leur enfance jusqu'à un âge assez avancé. Nous avons vu à la Salpêtrière une femme atteinte d'un emphysème porté au plus haut degré, avec une dyspnée extrême, qui avait souvent été citée comme exemple, vingt ans auparavant, par Laennec, dans ses leçons de clinique. M. Louis a rencontré quelques cas dans lesquels la marche de la maladie a été rapide; mais ils sont rares.

L'emphysème peut-il se terminer par la mort? Prus (1) est, croyons-nous, le seul auteur qui ait admis *cette terminaison*. Il a observé un certain nombre de cas dans lesquels la mort est survenue sans qu'on ait pu attribuer l'asphyxie à l'accumulation des mucosités dans les bronches ou à une affection du cœur. Nous avons vu nous-même, à la Salpêtrière, un cas semblable; mais il faut dire qu'il était survenu une exacerbation violente, due à l'apparition d'une bronchite capillaire aiguë, maladie qui, devenant plus grave par sa liaison avec l'emphysème, a dû beaucoup contribuer au résultat fatal. Dans le fait cité par M. Odoardo Turchetti (2), les choses se sont passées de la même manière. On peut dire que s'il est des cas où l'emphysème pulmonaire peut, par ses seuls progrès et sans le concours d'une autre maladie, occasionner la mort, ils sont rares.

§ V. — Lésions anatomiques.

Nous allons indiquer très rapidement les lésions trouvées dans le poumon et décrites avec beaucoup de soin par Laennec, et ensuite par M. Louis, qui a ajouté des détails fort intéressants à ceux que nous a laissés le premier de ces observateurs.

Dans une partie plus ou moins étendue des poumons, on trouve une dilatation des vésicules pulmonaires portée quelquefois jusqu'au point de déterminer la rupture de ces petites cavités. Souvent l'emphysème occupe toute l'étendue de la poitrine; mais, dans ce cas, la dilatation est plus marquée vers le bord antérieur du poumon. Lorsque la lésion est partielle, c'est à la partie antérieure du poumon qu'on la retrouve encore. Quand les vésicules ont été dilatées outre mesure, elles forment, par leur réunion, des saillies aplaties, de forme et de dimension variables, et c'est presque toujours aux bords tranchants des poumons que l'on trouve ces espèces d'appendices.

La dilatation des vésicules varie beaucoup. On a vu les petits sacs membraneux qu'elles forment par leur réunion avoir jusqu'à 2 et 3 centimètres de diamètre. Autour de ces appendices, les vésicules présentent une dilatation beaucoup mo[ins]

(1) *Mém. de l'Acad. de médecine*. Paris, 1843, t. X, p. 655.
(2) *Memoriale della medicina contemp.*, 1844.

grande, mais toujours assez marquée. Laennec a rencontré à la surface des poumons un si grand nombre de ces vésicules saillantes, qu'elles leur donnaient une grande ressemblance avec les poumons vésiculeux de la famille des batraciens, aspect que le docteur Mathias Baillie (1) avait déjà signalé. Le premier de ces observateurs, ayant incisé ces saillies globuleuses, a vu qu'elles présentent, au point où elles commencent à s'élever à la surface du poumon, un simple étranglement qui les fait communiquer avec une cavité dont les parois ne s'affaissent pas par l'incision, et au fond de laquelle on aperçoit de petites ouvertures par où elles communiquent également avec les cellules qui les avoisinent et avec les bronches. R. Prus, se fondant sur ce que ces cavités sont irrégulières et ont des parois très minces, pense qu'elles sont dues, non à une dilatation des cellules bronchiques, mais à une extravasation d'air dans le tissu interlobulaire; aussi pour lui, et contrairement à ce que nous avons vu plus haut, l'emphysème interlobulaire est-il plus fréquent que l'emphysème vésiculaire. Mais si l'on suit le développement des lésions anatomiques, on voit qu'elles consistent primitivement en une simple dilatation des vésicules, qui, lorsque cette dilatation est portée au plus haut degré, se rompent de manière à se réunir. D'ailleurs la communication signalée par Laennec, et que je viens d'indiquer, s'oppose à ce que l'on admette sans de nouvelles démonstrations l'opinion de R. Prus.

Dans les points où existent ces vésicules dilatées, le tissu pulmonaire présente une résistance plus grande; lorsque, après l'avoir comprimé fortement avec les doigts, on en a chassé l'air contenu dans les cellules, on le trouve plus épais et plus dense que dans tout autre point du poumon, ce qui est dû à l'hypertrophie des parois vésiculaires. Quand l'emphysème occupe une grande partie de l'étendue du poumon, la capacité de la poitrine paraît trop petite pour contenir cet organe, qui se dilate au moment où l'on fait l'ouverture de la cavité.

M. Piédagnel (2) a décrit un emphysème particulier, caractérisé principalement par cette crépitation des poumons qu'on regarde généralement comme indiquant l'état sain de ces organes; mais, comme M. Piédagnel pense qu'en pareil cas il y a rupture des vésicules pulmonaires, nous n'en parlerons qu'à l'occasion de l'*emphysème interlobulaire*.

Il est à regretter que l'état de la membrane interne des bronches n'ait pas été examiné avec plus de soin par les auteurs. Laennec lui-même, qui attachait une si grande importance à l'inflammation de cette membrane, n'a pas cherché les traces de cette lésion après la mort; c'est une lacune qu'il ne m'est pas permis de remplir, et qui est digne de fixer l'attention des observateurs.

On a trouvé souvent l'appareil circulatoire, et principalement les vaisseaux à sang noir des poumons, gorgés de sang. R. Prus a noté un état poisseux de ce liquide qui lui paraît propre à l'emphysème.

Quant aux lésions des autres organes, je ne trouve que l'hypertrophie du cœur que l'on puisse rapporter à la maladie qui nous occupe. Nous ne la décrirons pas ici, cette altération organique n'offrant rien de particulier.

La phthisie pulmonaire ne paraît nullement, d'après les observations de M. Louis,

(1) *Morbid anatomy*. London, 1818, 5e édit., p. 78.
(2) *Mém. sur l'état sain et sur l'emphysème des poumons*.

liée à l'emphysème des poumons ; car chez les sujets qui ont présenté cette dernière affection, il a trouvé moins souvent des tubercules que chez ceux qui ont succombé à toute autre maladie. Il faut néanmoins, à ce sujet, faire une distinction. car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, MM. Gairdner et Gallard ont trouvé constamment de l'emphysème chez les tuberculeux, surtout à une certaine époque de la maladie. On doit en conclure qui si la phthisie pulmonaire n'est pas liée aux tubercules, en ce sens que les emphysémateux n'ont pas de tendance à devenir phthisiques plus que tout autre, elle a des rapports intimes avec cette maladie, en ce sens que la présence des tubercules est une cause déterminante de l'emphysème.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Quand on a étudié avec soin les symptômes et la marche de l'emphysème pulmonaire, il est difficile de confondre cette affection avec aucune autre maladie donnant lieu à la dyspnée.

On ne la confondra point avec la *dilatation des bronches ;* car, dans celle-ci, la respiration, au niveau du point occupé par la maladie, est bronchique ou caverneuse ; il y a de la bronchophonie, et la dyspnée ne se manifeste pas par des accès tranchés, comme dans l'emphysème pulmonaire.

Nous avons vu que, dans l'emphysème, il existe une sonorité exagérée d'une plus ou moins grande étendue du thorax, avec un affaiblissement du bruit respiratoire, et qu'à moins de circonstances toutes particulières, il n'y a point de mouvement fébrile. En voilà plus qu'il n'en faut pour le distinguer de la *phthisie tuberculeuse*, dans laquelle on trouve une obscurité du son sous les clavicules, avec un dépérissement fébrile plus ou moins marqué, alors même que, par l'auscultation, on ne constate qu'une simple diminution d'intensité du bruit respiratoire.

L'*anévrysme de l'aorte* donne lieu à une voussure et à une dyspnée notables, et s'il y a compression d'un tuyau bronchique, on trouve à l'auscultation une diminution et quelquefois un silence complet de la respiration dans un point de la poitrine ; mais la matité au niveau de la voussure, l'énergie des battements, et souvent un bruit de souffle ou de râpe, lèvent tous les doutes.

Maintenant devons-nous établir un diagnostic entre l'emphysème vésiculaire des poumons et l'*asthme essentiel*, admis encore par un certain nombre d'auteurs ? Il serait prématuré de se livrer à cette discussion. Nous consacrerons un article particulier au petit nombre de cas cités comme appartenant à l'asthme, et alors nous pourrons décider s'il existe réellement un asthme indépendant de toute affection organique du poumon, ou s'il faut regarder les cas de cette maladie que l'on cite encore, comme des cas d'emphysème pulmonaire mal observés.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de l'emphysème pulmonaire et de la dilatation des bronches.*

EMPHYSÈME PULMONAIRE.	DILATATION DES BRONCHES.
Voussure plus ou moins étendue.	*Pas de voussure.*
Son plus clair au niveau de cette voussure.	Son ordinairement *plus obscur* dans un point plus ou moins étendu.
Affaiblissement notable *du bruit respiratoire*, surtout au niveau de la voussure.	*Respiration bronchique* ; bronchophonie.
Accès de dyspnée plus ou moins violents.	Point d'accès de dyspnée.

2° Signes distinctifs de l'emphysème et de la phthisie pulmonaire.

EMPHYSÈME.	PHTHISIE.
Voussure ou dilatation générale.	*Point de voussure* ni de dilatation générale.
Son *plus clair* au niveau de la voussure.	Son *obscur*.
Point de fièvre ni de dépérissement.	*Fièvre hectique*, dépérissement.

3° Signes distinctifs de l'emphysème pulmonaire et de l'anévrysme de l'aorte.

EMPHYSÈME.	ANÉVRYSME DE L'AORTE.
Sonorité augmentée au niveau de la voussure.	*Matité* au niveau de la voussure.
Point de battements anormaux.	*Battements artériels* plus ou moins intenses.
Pas de bruit de souffle ou de râpe.	Souvent *bruit de souffle* ou de râpe.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce diagnostic, qui est facile dans la grande majorité des cas, pour quiconque a convenablement étudié l'emphysème.

Pronostic. — On a vu qu'il est au moins extrêmement rare que l'emphysème pulmonaire produise par lui-même la mort ; de sorte que, sous ce rapport, on ne peut pas considérer cette affection comme très grave ; mais il n'en est pas de même quand on l'envisage sous un autre point de vue. L'emphysème, lorsqu'il est parvenu à un haut degré, entraîne fréquemment à sa suite l'hypertrophie du cœur, dont les progrès causent tôt ou tard la mort. D'un autre côté, l'état pathologique dans lequel se trouvent les poumons rend, d'après les faits cités plus haut, les inflammations de la muqueuse bronchique beaucoup plus graves. Il en résulte que l'emphysème vésiculaire n'est pas seulement une affection très incommode, mais qu'elle offre, dans certaines circonstances, un danger réel. Lorsque la dyspnée devient très intense, presque continue, qu'il survient des palpitations, et surtout de l'œdème aux extrémités, le cas est très grave.

§ VII. — Traitement.

Si je n'avais à indiquer que le traitement qui a été appliqué à cette affection depuis qu'on la connaît d'une manière précise, j'aurais peu de chose à dire, car les expériences thérapeutiques ont été très peu nombreuses ; mais en recherchant avec soin dans les auteurs anciens les faits d'asthme que l'on peut rapporter avec certitude à l'existence d'un emphysème pulmonaire, il est possible de présenter un traitement plus riche et plus varié. Les remèdes administrés dans des cas d'emphysème parfaitement reconnu sont ceux qui doivent inspirer la plus grande confiance.

Antiphlogistiques. — Dès la plus haute antiquité, on a opposé la saignée générale à la dyspnée violente qui survient dans les accès propres à cette affection.

Borsieri (1) conseille particulièrement la *saignée du bras*, surtout s'il y a pléthore, congestion de la face et suppression d'une hémorrhagie habituelle. Le même moyen a été recommandé par Laennec ; mais M. Louis ne lui a reconnu aucune efficacité notable dans les cas où il l'a mis en usage. D'après ce dernier, on voit, il

(1) *Institut. med. pract.*, t. IV, p. 184. Lipsiæ, 1798.

est vrai, survenir souvent, après la saignée, un calme notable; mais c'est un amélioration qu'il faut attribuer au repos et aux boissons délayantes administrées aux malades à leur entrée à l'hôpital; et ce qui le prouve, c'est que plus tard et dans des circonstances plus favorables, la saignée n'a point d'effet marqué sur les principaux symptômes de l'emphysème. On a vu des sujets à qui l'on avait tiré vainement une grande quantité de sang être presque immédiatement soulagés après l'administration d'une dose médiocre d'opium. Cependant il peut se rencontrer des cas dans lesquels le catarrhe pulmonaire acquiert une telle intensité qu'une saignée paraît devoir produire de très bons effets; mais dès que les symptômes inflammatoires se sont calmés, il faut abandonner ce moyen, qui serait plus nuisible qu'utile. Les *sangsues* ne doivent être mises en usage que chez les enfants. On n'a généralement point recommandé les *ventouses scarifiées*.

Révulsifs. — Les médicaments de ce genre ont été employés assez fréquemment dans l'asthme; mais rien ne prouve qu'on en ait retiré de très bons effets; et d'ailleurs ils n'ont pas été mis en usage dans les cas d'emphysème bien reconnu; il serait donc inutile de les indiquer ici. Disons seulement qu'on regarde comme utiles les *ventouses sèches*, appliquées en nombre considérable sur les parois de la poitrine.

Expectorants. — L'*ipécacuanha* et le *kermès* sont les principaux médicaments de ce genre qui aient été prescrits dans l'asthme. Suivant MM. Trousseau et Pidoux (1), l'expérience démontre que l'usage habituel des pastilles d'ipécacuanha rend la dyspnée moins intense et procure un soulagement marqué; mais cette assertion, n'étant fondée sur aucun fait précis, n'a qu'une médiocre valeur. Les mêmes auteurs affirment que l'ipécacuanha donné comme vomitif, à la dose de 1 à 2 grammes, fait quelquefois cesser immédiatement l'accès dans l'*asthme sec nerveux*. Ne sachant point ce que ces auteurs entendent par les mots d'*asthme sec nerveux*, et ne connaissant aucune observation qui prouve ce qu'ils avancent, je ne peux regarder cette proposition que comme une indication à vérifier. Toutefois il faut dire que M. le docteur Bodin (2) a cité deux cas dans lesquels des accès violents de dyspnée ont été notablement amendés par l'emploi de l'ipécacuanha, donné d'abord à dose vomitive, et ensuite à la dose de 0,10 grammes tous les matins, jusqu'à ce que l'amélioration fût sensible. Quant au *kermès minéral*, on sait que, pour produire les effets qu'on en attend, il doit être administré à petites doses, c'est-à-dire 5 à 10 centigrammes dans les vingt-quatre heures; mais les réflexions que j'ai faites à propos de l'ipécacuanha s'appliquent parfaitement au kermès minéral. J'en dirai autant de la *racine de polygala*, qui a été employée par plusieurs auteurs, et dans ces derniers temps par Laennec, sans qu'aucune observation soit venue prouver la réalité de son efficacité. M. Louis, qui a employé cette substance sur la recommandation de Laennec, n'a constaté, après son administration, aucune amélioration notable. Dans le cas où l'on veut employer les remèdes expectorants, on prescrit en même temps une tisane appropriée, celle de *lichen d'Islande*, par exemple.

Vomitifs. — La plupart des auteurs ont cité les vomitifs comme ayant u

(1) *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, 6ᵉ édit. Paris, 1858, t. I, p. 670.
(2) *Gazette médicale*. Paris, 1831.

grande efficacité dans le traitement de l'asthme ; mais cette assertion n'est point appuyée sur des observations rigoureuses. C'est plutôt une opinion qui s'est transmise par tradition, qu'un fait démontré par l'expérience. Nous ne croyons donc pas devoir insister sur cette médication, qu'il est d'ailleurs si facile de mettre en pratique. Rappelons toutefois que l'efficacité des vomitifs est incontestable contre la bronchite aiguë qui rend si souvent l'emphysème si pénible, et constatons que, sous ce rapport, ils sont de la plus grande utilité dans la maladie qui nous occupe. Ordinairement on voit, du jour au lendemain, après l'administration de 2 grammes d'ipécacuanha, ou de 5 centigrammes de tartre stibié, la respiration devenir plus facile, et les râles de la bronchite diminuer très notablement. Quelquefois il est nécessaire de renouveler le vomitif deux ou trois jours consécutifs. Ensuite l'emphysème reste sans complication, et les moyens suivants deviennent les plus utiles.

Narcotiques. — C'est la médication narcotique qui a eu le plus de succès depuis que l'emphysème pulmonaire est bien connu ; c'est aussi celle qui mérite le plus notre attention. *L'opium* a été administré avec succès par Laennec et par M. Louis. Vingt-six fois sur trente, ce dernier observateur en a retiré de bons effets. Il suffit de 3 à 5 centigrammes d'extrait gommeux tous les jours, dans les cas ordinaires, pour produire un effet marqué. Cette dose doit être graduellement augmentée lorsque la dyspnée est très intense et très rebelle.

Le *datura*, employé depuis longtemps dans l'Inde, l'a été plus tard en Angleterre. C'est, il est vrai, contre l'*asthme essentiel* qu'on l'a dirigé ; mais en examinant les observations, et entre autres celles de M. Gooch (1), on voit bientôt que ce prétendu asthme essentiel a la même marche et les mêmes symptômes que l'emphysème pulmonaire. On fait *fumer* dans une pipe *la plante desséchée.* C'est ordinairement le *datura fastuosa* que l'on emploie ; mais, d'après les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, les autres espèces de datura ne sont pas moins utiles.

Suivant M. Sills (2), *la racine et la partie inférieure de la tige paraissent posséder seules les vertus antiasthmatiques :* il faut les couper en petits morceaux et les fumer dans une pipe à tabac ordinaire ; la fumée et la salive doivent être avalées. Dans quelques minutes, selon M. Sills, il survient un soulagement marqué, le malade tombe dans un sommeil profond, et, quand il se réveille, il se trouve parfaitement rétabli. M. Sills, qui était attaqué depuis fort longtemps d'un asthme intense, a toujours éprouvé les bons effets que nous venons d'indiquer. Quant à la dose, elle est d'un quart de pipe à une pipe entière, et elle peut être portée, par l'habitude, beaucoup plus haut, puisque M. Sills a pu en fumer une douzaine de pipes sans éprouver autre chose qu'une sensation douloureuse dans la langue. C'est aussi la racine qu'employait M. Christie (3), qui avait apporté de Ceylan cette méthode de traiter l'asthme. Voici, selon lui, comment il faut agir :

TRAITEMENT DU DOCTEUR THOMAS CHRISTIE.

On dessèche à l'ombre les racines de datura ; on les bat de manière à diviser les

(1) *Annales de littér. méd. étrang.*, 1812, t. XV, p. 15.
(2) *Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1812, t. VIII, p. 364.
(3) *Ibid.*, 1811, t. VII, p. 158.

fibres ; on les coupe en petits morceaux, et l'on en remplit le fourneau d'une pipe ordinaire, comme avec du tabac coupé. Si l'on a quelque raison de redouter un accès, on fume le soir, en se couchant, une ou deux pipes, en attirant autant que possible la fumée dans la poitrine, où elle occasionne un certain degré de chaleur suivi d'expectoration. Il survient un peu de vertige, puis le malade tombe dans un sommeil profond, pour se réveiller parfaitement bien portant. Quelquefois il y a un abattement passager et de légères nausées ; mais ces accidents se dissipent bientôt sans laisser de traces.

M. Gooch a cité quatre observations dans lesquelles ce médicament, employé de cette manière, a produit des effets marqués sur les accès de dyspnée. En France, on a voulu imiter cette médication ; mais ce sont les feuilles de datura qu'on a employées. Sans doute, il est démontré que toutes les parties de la plante ont la même vertu narcotique; toutefois il faut tenir compte de l'observation des médecins anglais, qui dans des expériences comparatives, ont trouvé que la racine et la partie inférieure de la tige avaient une propriété plus sédative que les feuilles.

Le datura peut être encore administré sous forme d'extrait en pilules. M. Louis a remarqué, et c'est un fait que j'ai eu occasion de vérifier maintes fois, que, dans des cas où l'opium ne diminuait pas sensiblement la dyspnée, une dose moitié moindre d'extrait de *datura stramonium* avait des effets très sensibles. On peut commencer par la dose de 2 ou 3 centigrammes d'extrait de datura, que l'on augmente ensuite graduellement, s'il est nécessaire. Enfin, on a employé la même substance sous forme de fumigations. Ces fumigations doivent être pratiquées comme dans la *laryngite* (voy. p. 372).

D'autres narcotiques, tels que la *belladone*, et même le *tabac* mêlé au datura, peuvent être mis en usage de la même manière.

M. le docteur Magistel (1) a rapporté cinq cas qu'il désigne sous le nom d'*asthme sec*, et dans lesquels les fumigations faites avec les feuilles de belladone ont produit une amélioration notable, tandis qu'un grand nombre d'autres moyens avaient été vainement employés. Voici comment il administre ces fumigations :

Fumigations de belladone.

℞ Feuilles de belladone.......................... 8 gram.

Faites-les bouillir dans :

Eau commune.......................... 500 gram.

Faites trois fumigations de dix minutes chacune, chaque jour.

Au bout de quelques jours, augmentez la dose de belladone jusqu'à 10 et 15 grammes, et portez à vingt minutes la durée des fumigations.

Pour les enfants, commencez par 4 grammes seulement, et n'élevez la dose que jusqu'à 10 grammes.

L'appareil le plus simple peut servir à ces fumigations; il suffit d'avoir un vase

(1) *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. XI, p. 49.

à une ou deux tubulures, ou simplement un entonnoir à large bout, qui permette de diriger la vapeur vers la bouche des malades.

Antispasmodiques. — Les antispasmodiques ont dû être nécessairement employés dans une affection que l'on a regardée comme essentiellement nerveuse, et qui présente un caractère spasmodique si marqué. L'*éther* a été presque généralement prescrit, surtout pour combattre les accès de dyspnée ; mais nous n'avons aucune donnée précise sur la valeur de ce moyen, les cas dans lesquels il a été mis en usage, quoique très nombreux, n'ayant pas été publiés. Si l'on voulait avoir recours à ce médicament, on emploierait la formule suivante :

Potion antispasmodique.

℞ Sirop de guimauve........	35 gram.	Eau distillée de fleurs d'oranger..	80 gram.
Eau distill. de fleur de tilleul.	80 gram.	Éther sulfurique.............	3 gram.

Mêlez dans une fiole exactement bouchée. A prendre par petites cuillerées, toutes les demi-heures.

L'*asa fœtida* a été également recommandée contre cette affection ; mais il est difficile de vaincre la répugnance que les malades éprouvent pour ce médicament, dont l'administration peut se faire de la manière suivante :

℞ Asa fœtida...........	ãã 5 gram.	Sirop de gomme................	Q. s.
Valériane en poudre...			

F. s. a. cinquante pilules dont on prendra cinq ou six par jour.

Administrée de cette manière, cette substance n'inspire pas de dégoût ; mais les rapports qu'elle occasionne souvent ensuite sont extrêmement désagréables pour beaucoup de malades.

On peut joindre à l'emploi de ces pilules le *lavement* recommandé par Millar (voy. p. 403).

Au lieu de l'asa fœtida, on pourrait employer de la même manière la *gomme ammoniaque* et le *galbanum* ; l'action de ces substances est moins marquée.

Dans la précédente formule, on a fait entrer l'extrait de *valériane* ; quelquefois ce médicament a été employé seul ou uni à d'autres antispasmodiques, tels que le *camphre*, le *musc* et le *castoréum*. La mixture antispasmodique de Sydenham réunit trois des substances qui viennent d'être désignées. La voici :

Mixture antispasmodique de Sydenham.

℞ Teinture de valériane........	2 gram.	Éther sulfurique..........	0,40 gram.
de castoréum.......	4 gram.	Eau d'Anet............	80 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

C'est comme antispasmodique que Ludwig administrait la potion suivante :

℞ Extrait de chardon-bénit......	10 gram.	Eau de mélisse................	45 gram.
Terre foliée de tartre en solution	20 à 50 gram.		

Faites digérer à une douce chaleur. A prendre par cuillerée toutes les deux ou trois heures.

L'*oxyde de zinc* a été également mis en usage dans les cas où l'on a supposé l'existence de l'asthme essentiel; mais le plus souvent on l'a employé en même temps que l'opium et d'autres substances narcotiques, de sorte que l'on s'est mis dans l'impossibilité d'en apprécier rigoureusement l'efficacité. Voici la manière la plus simple de l'administrer :

℞ Fleurs de zinc..........	2 gram.	Sucre....................	10 gram.

Partagez en vingt paquets, dont on prendra un matin et soir.

Il serait facile de multiplier ces formules; mais le praticien trouvera sans peine à les varier, et par conséquent nous devons nous abstenir d'en présenter un plus grand nombre, d'autant plus que le degré d'efficacité de tous ces moyens est encore très peu connu, et que nous ne pouvons, à ce sujet, nous livrer qu'à de simples conjectures.

Stimulants. — Les substances légèrement stimulantes, et en particulier les substances balsamiques, telles que le *baume de Tolu, du Pérou*, ont été mises en usage dans cette maladie, sans doute dans le but de favoriser l'expectoration, surtout dans des cas qui paraissent être ce que les anciens ont désigné sous le nom d'*asthme catarrhal*. Nous nous bornerons, à ce sujet, à citer la potion de Mongenot, qui renferme un assez grand nombre de ces substances.

Potion de Mongenot.

℞ Thé hyswin...........	āā 10 gram.	Iris de Florence..........	2,50 gram.
Lierre terrestre........		Eau bouillante...........	225 gram.
Fleurs de bouillon blanc...	5 gram.		

Faites infuser, passez et ajoutez :

Sirop de baume de Tolu.....	15 gram.	Rhum......................	35 gram.
— d'érysimum.......	35 gram.	Teinture de cannelle...........	1 gram.

C'est afin de produire le même effet que l'on a prescrit la potion stimulante suivante :

℞ Carbonate d'ammoniaque...	5 gram.	Sirop diacode.................	70 gram.
Eau de rue..............	300 gram.		

A prendre par cuillerée à bouche toutes les dix minutes.

Médicaments divers. — Restent maintenant quelques médicaments particuliers sur lesquels il faut dire un mot; ce sont : l'*arsenic*, le *chlore*, la *lobelia inflata*, les *bains sulfureux*, l'*ammoniaque liquide* et la *noix vomique*.

L'*arsenic*, qui a été administré dans les maladies de poitrine à une époque fort reculée, a été de nouveau expérimenté dans ces derniers temps par MM. Trousseau et Pidoux. Voici comment ces auteurs prescrivent l'emploi de ce médicament :

Cigarettes arsenicales.

℞ Arséniate de soude....	2 à 4 gram.	Eau distillée.......... ..	20 gram.

Un morceau de papier d'une grandeur déterminée est imbibé dans cette solution et plié en forme de cigarette. De cette manière, chaque cigarette contient un poids déterminé d'arséniate de soude : ordinairement 5 centigrammes. Les malades, après avoir allumé la cigarette, en attirent la fumée dans la bouche ; puis, par une lente aspiration, la font passer dans les bronches. On aspire d'abord deux ou trois gorgées deux ou trois fois par jour, et, à mesure qu'on s'y habitue, on augmente le nombre des inspirations. Quand il y a beaucoup d'oppression, on peut rouler dans le papier des feuilles de datura stramonium.

Il faudrait, pour recommander un moyen semblable, qu'on eût des preuves bien réelles de son efficacité ; or, malgré l'affirmation de MM. Trousseau et Pidoux, c'est ce qui nous manque entièrement. Et d'abord il est remarquable que ces deux auteurs, après avoir indiqué qu'ils allaient s'occuper de l'effet de l'arsenic dans l'asthme, aient complètement négligé cette maladie dans leur article. En second lieu, et c'est là une réflexion qui s'applique également au plus grand nombre des médications indiquées plus haut, n'a-t-on pas pris pour un soulagement produit par le médicament les intervalles de bien-être qui existent, dans cette maladie, entre les accès ? Et, à ce propos, nous ajouterons que l'augmentation de l'expectoration par les divers moyens employés peut également être plutôt apparente que réelle. On a vu, en effet, que des catarrhes pulmonaires aigus se produisaient fréquemment chez des sujets emphysémateux ; or ces catarrhes, secs d'abord, se terminent naturellement par une expectoration plus abondante. On devrait, avant de donner des résultats thérapeutiques, avoir grand soin d'étudier la marche de la maladie, et de rechercher si les modifications survenues dans les symptômes lui appartiennent, ou sont véritablement dues à l'action des remèdes. Aujourd'hui que l'emphysème pulmonaire est si bien connu, les médicaments que nous avons proposés pourront être expérimentés avec beaucoup plus de fruit.

Ajoutons, pour faire connaître les faits, que M. le docteur Massart (1) a rapporté un cas où une dyspnée intense et rebelle à la belladone fatiguait beaucoup le malade ; la respiration devint parfaitement calme après l'administration, pendant dix-neuf jours, de l'*acide arsénieux*, donné à la dose suivante :

℞ Eau distillée.......... 150 gram. | Acide arsénieux......... 0,03 gram.

Dissolvez. Dose : cinq grammes de cette solution chaque jour en deux fois.

Le *chlore* en fumigations a été employé dans l'asthme comme dans la plupart des autres affections chroniques de poitrine ; mais les résultats que l'on a obtenus sont trop peu satisfaisants pour que je les indique ici.

Quant à la *lobelia inflata*, ce médicament a été moins fréquemment administré. Le docteur Elliotson le regarde néanmoins comme un spécifique dans cette maladie.

Voici de quelle manière il est employé à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres (*The Lancet*, févr. 1833) :

℞ Teinture de lobelia inflata. 20 à 30 gouttes. | Eau distillée.................. 5 gram.

A prendre deux ou trois fois par jour.

(1) *Mém. couronné par la Soc. de méd. de Lyon* (*Journ. de méd. de Lyon*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 30 juin 1852).

Suivant M. Stricht, qui a rapporté des observations dans lesquelles ce médicament a été mis en usage, l'amélioration a été rapide, et les accès ont disparu au bout de trois jours.

C'est dans des cas d'emphysème accompagnés de bronchite, avec expectoration pituiteuse, qu'on a administré la *camphrée de Montpellier* en infusion. Déjà Burlet et M. Alloneau avaient vanté cette plante dans les cas de ce genre, et récemment M. Debreyne (1) a cité sous le nom d'*asthme humide*, un fait où elle a eu de très bons résultats. On l'administre comme il suit :

℞ Camphrée de Montpellier. 30 à 50 gram. | Eau.................. 1000 gram.

Faites infuser en vase clos. Dose : plusieurs tasses par jour.

Enfin on a prescrit les *eaux sulfureuses*, dont les effets passent généralement pour être très utiles dans cette affection comme dans toutes les maladies chroniques des voies aériennes.

M. le docteur Courtin (2) a cité des observations en faveur des *bains sulfureux* dans cette maladie, à laquelle il donne le nom d'*asthme*. Cette pratique, déjà ancienne, est adoptée par M. Beau, dans le service duquel les faits ont été recueillis. Il résulte de ce travail que les bains sulfureux répétés apportent du soulagement aux malades, et doivent par conséquent être ajoutés aux médicaments actifs indiqués plus haut. Toutefois les expériences ont besoin d'être multipliées.

Ammoniaque. — On sait que la cautérisation du pharynx à l'aide de l'*ammoniaque liquide* a été donnée comme un moyen héroïque par un médecin qui en avait fait une sorte de spécialité. Il est certain que dans quelques cas, ce moyen procure du soulagement. M. Rayer a fait, à ce sujet, quelques expériences qui le prouvent. Mais il ne faut pas lui demander la guérison radicale, et surtout l'appliquer, comme on l'a fait, à toutes les espèces de gêne de la respiration.

Il faut surtout avoir soin d'*affaiblir l'ammoniaque par l'addition de deux tiers ou au moins de moitié d'eau.* On produirait autrement une inflammation assez vive. Le pinceau dont on se sert pour la cautérisation doit être très fin. Nous nous servons ordinairement d'un pinceau à aquarelle.

M. Rayer a prescrit la potion suivante :

℞ Ammoniaque liquide..... 8 gouttes. | Eau..................... 120 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Il y eut un prompt soulagement. Le septième jour, il survint des maux de cœur et des battements dans la poitrine qui firent suspendre le médicament. Mais le mieux persista. C'est donc un moyen qu'on peut employer en le surveillant.

Noix vomique. — M. le docteur Saiz Cortès (3) a obtenu, dans un cas, une amélioration notable en prescrivant les pilules suivantes :

(1) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*. Paris, 30 mars 1851.
(2) *Gazette médicale*. Paris, 25 décembre 1847.
(3) *El Telegrafo medico*, avril 1849.

℞ Extrait alcoolique de noix vomiq. 6 gram.	Poudre de racine de guimauve..... Q. s.

Pour cinquante-quatre pilules. Dose : une le premier jour, trois le deuxième et le troisième, quatre le quatrième et suivants.

Ce traitement fut continué pendant vingt-sept jours, et l'on se demande si pendant un si grand espace de temps les symptômes ne se seraient pas modifiés d'eux-mêmes.

M. le docteur Homolle (1) a rapporté un cas dans lequel il a obtenu un grand soulagement, les moyens ordinaires étant restés sans résultat, à l'aide de la strychnine donnée de la manière suivante :

℞ Strychnine........	0,03 gram.	Sucre....................	50 gram.
Magnésie...........	60 gram.		

Mêlez. Divisez en trois doses, à prendre dans la journée.

Pour calmer les douleurs de poitrine, ou même uniquement dans le but de soustraire les parois thoraciques aux variations de la température, on applique sur la partie antérieure du thorax des emplâtres de *diachylon* ou de *poix de Bourgogne* d'une dimension plus ou moins considérable. F. Hoffmann (2) recommandait le liniment suivant, auquel il attribuait une très grande efficacité :

Liniment nervin d'Hoffmann.

℞ Eau distillée de tilleul..	30 gram.	Essence de safran..........	ãã 8 gram.
Carbonate d'ammoniaq.	ãã 8 gram.	— de castoréum.......	
Lombrics terrestres...		Macis......................	5 gram.

Faites des onctions sur le cou, les épaules, l'épine dorsale et les parois thoraciques.

Telles sont les médications compliquées que l'on peut mettre en usage dans l'emphysème pulmonaire ; mais, il faut le répéter encore, c'est dans la médication narcotique que le médecin trouvera les ressources les plus précieuses. Que l'on ne croie pas néanmoins qu'il soit très facile de parvenir à guérir cette affection. On a vu quelquefois un ou deux accès survenir et ne plus reparaître pendant plusieurs années ; mais ces cas sont entièrement exceptionnels. Tout ce que le médecin peut espérer, c'est de rendre la dyspnée moins intense, d'éloigner les accès, de diminuer leur violence et d'en abréger la durée. Trop souvent, lorsque la maladie est à son plus haut degré, les médicaments les plus efficaces ne produisent plus d'effet, même à une dose très élevée. J'ai, à la Salpêtrière, porté l'opium et le datura stramonium à la dose de 30 à 40 centigrammes, sans que leur action se manifestât sur la respiration, dont la difficulté était extrême.

Le traitement de l'emphysème pulmonaire est donc un traitement purement palliatif, lorsque la maladie a une certaine intensité, c'est-à-dire lorsque les malades réclament les secours de la médecine. Nous n'ajouterons qu'un mot relativement à l'influence du climat. D'après M. Dutroulau, ancien médecin en chef de la marine,

(1) *Compte rendu des séances de la Soc. médico-pratique.*
(2) *Opera omnia medica*, t. III, p. 94, sect. II, cap. 11. Genevæ, 1798.

elle se fait notablement sentir dans l'emphysème : ainsi, aux Antilles, cette maladie est rare, et les sujets qui l'ont contractée dans d'autres climats y éprouvent à peine quelques légers accès, tandis qu'en Europe ils étaient fréquemment torturés par une dyspnée des plus intenses. C'est ce que le médecin que nous venons de citer a éprouvé lui-même. L'habitation dans un climat d'une température douce doit être conseillée toutes les fois qu'elle est possible.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE.

1° Les malades auront le corps couvert de flanelle. Ils éviteront avec soin toutes les variations de température qui pourraient produire une bronchite et donner une grande intensité à la dyspnée.

2° Ils éviteront les grands efforts de voix et l'inspiration de poudres irritantes.

3° Ils suivront un régime doux, léger, s'abstenant en général de vin pur et de liqueurs fortes. Galien recommandait l'usage du vin en assez grande abondance; mais il n'a point fourni de faits à l'appui de cette recommandation. Enfin les excès de tout genre seront soigneusement évités.

Résumé, ordonnances. — Nous indiquerons ici les médications qui ont pour elles une expérimentation suffisante.

Iʳᵉ Ordonnance.

DANS UN CAS D'EMPHYSÈME AVEC BRONCHITE AIGUË VIOLENTE.

1° Pour tisane :

Infusion de fleurs pectorales édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Une saignée de 3 à 400 grammes.

Chez les enfants, quelques sangsues sur les parois thoraciques.

3° Tous les jours une pilule de 3 à 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium ou d'extrait de datura stramonium.

4° Pendant les accès : pédiluve ou manuluve sinapisé.

5° Régime doux et léger. Se couvrir le corps de flanelle.

Nous devons répéter ici qu'il ne faut employer la saignée que dans le cas fort rare où l'inflammation de la muqueuse bronchique est très considérable.

IIᵉ Ordonnance.

1° Pour tisane :

Légère infusion de tilleul, édulcorée avec le sirop de fleur d'oranger.

2° Fumer dans une pipe ordinaire la racine desséchée du datura stramonium ou du datura fastuosa (voy. p. 655).

3° Appliquer sur la partie antérieure de la poitrine un emplâtre de diachylon ou de poix de Bourgogne;

Ou bien faire usage du liniment d'Hoffmann (voy. p. 661).

4° Mêmes précautions et même régime que dans l'ordonnance précédente.

La belladone et la jusquiame, employées par quelques observateurs, ont produit des effets analogues à ceux du datura stramonium; mais les exemples ne sont ni aussi nombreux ni aussi concluants.

IIIe Ordonnance.

TRAITEMENT ANTISPASMODIQUE.

1° Même tisane que dans l'ordonnance précédente.
2° A prendre, par cuillerées, une potion éthérée (voy. p. 657);
Ou bien prendre la poudre de fleurs de zinc (voy. p. 658).
3° Tous les soirs, le lavement antispasmodique de Millar (voy. p. 403).
4° S'abstenir de toute substance irritante, de vin pur et de liqueurs fortes.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Antiphlogistiques; dans des cas exceptionnels, révulsifs; expectorants, narcotiques, antispasmodiques, stimulants, arsenic, chlore, lobelia inflata, eaux sulfureuses, bains sulfureux, ammoniaque liquide, noix vomique, strychnine, applications externes.

ARTICLE VIII.

EMPHYSÈME INTERLOBULAIRE.

L'emphysème interlobulaire ou extra-vésiculaire des poumons est beaucoup moins bien connu que l'emphysème vésiculaire. C'est, sans aucun doute, dans sa rareté et dans la très grande variété des phénomènes auxquels il donne lieu qu'il faut voir la cause de l'obscurité qui règne sur son histoire.

Suivant R. Prus, cette espèce est la plus fréquente et la plus importante; mais quelques mots d'explication sont nécessaires à cet égard. Cet auteur regarde comme des cas d'emphysème extra-vésiculaire ceux où l'on trouve de longues saillies, de vastes poches pleines d'air, parce qu'alors les vésicules ont été déchirées et l'air a pénétré dans le tissu qui les environne. Mais peut-on adopter cette manière de voir? C'est ce qu'il s'agit d'examiner. Dans les cas observés par R. Prus, l'emphysème durait ordinairement depuis longtemps et était porté au plus haut degré. Sans doute alors plusieurs vésicules peuvent se réunir en une seule, et se rompre, par conséquent, de manière à communiquer entre elles; mais cette rupture n'est pas primitive; elle a été précédée de la simple dilatation dont elle n'est qu'un effet. Au contraire, le véritable emphysème interlobulaire est celui qui, survenu brusquement par la rupture d'une ou de plusieurs vésicules, a fait pénétrer l'air dans le tissu cellulaire qui unit les lobules des poumons; or, d'après les symptômes de la maladie, d'après les recherches d'anatomie pathologique, on ne saurait admettre que l'emphysème décrit dans le précédent article se produit de cette manière. Cette seule considération suffit pour confirmer l'opinion générale en opposition à celle de R. Prus.

Cette histoire de l'emphysème interlobulaire ne peut résulter que d'un nombre limité de faits; elle n'a qu'un intérêt pratique médiocre, et, par conséquent, nous devons nous borner à en tracer rapidement les principaux traits.

§ I. — Causes.

La *cause* déterminante assignée par Laennec à l'emphysème interlobulaire des poumons est un violent effort de respiration qui, accumulant l'air dans une cellule bronchique, en occasionne la rupture, et par suite l'extravasation du gaz dans le tissu cellulaire intervésiculaire. On a cité quelques cas dans lesquels les choses paraissent s'être passées ainsi. Les deux suivants m'ont paru intéressants. L'un est rapporté par le docteur W. Dumbreck (1) : on y voit un emphysème succédant à des efforts considérables de toux, commencer par le poumon et envahir ensuite le médiastin antérieur. L'autre, recueilli par M. F. G. Hicks (2), est relatif à un enfant de dix mois qui, dans des efforts de toux ressemblant à ceux de la coqueluche, fut saisi d'oppression et de suffocation, et présenta enfin les signes d'un emphysème général.

[M. le professeur N. Guillot (3) a recueilli 16 observations d'emphysème du tissu cellulaire sous-pleural, qui s'étend ensuite au médiastin, au cou, aux membres et au tronc, et qui reconnaît pour cause les efforts de toux de la phthisie et de la coqueluche. MM. Blache et Roger (4) ont observé des faits analogues.]

Chez quelques sujets morts subitement, on a trouvé le poumon volumineux, ne s'affaissant pas, et donnant lieu à une crépitation sèche, semblable à celle qu'on observe dans l'emphysème du tissu cellulaire sous-cutané. Une observation d'Ollivier (d'Angers) (5) nous en offre un exemple remarquable. La mort survint subitement, après un accès de colère, et l'on ne trouva, pour expliquer cet accident, que la lésion du poumon qui vient d'être indiquée. Le docteur Hunt (6) rapporte trois cas où la mort eut lieu de la même manière dans de violents efforts de toux. M. Depaul (7) a rassemblé plusieurs faits du même genre, mais dont la cause était les violents efforts de l'accouchement. Dans les cas de ce genre, y a-t-il eu rupture des vésicules ? C'est ce que la dissection n'a nullement constaté, et, par conséquent, avant que de nouvelles recherches soient venues nous éclairer, il est impossible de dire s'il existait autre chose qu'une simple distension de ces vésicules.

Enfin M. Piédagnel (8) a décrit une espèce d'emphysème pulmonaire dans lequel la rupture des vésicules bronchiques existe encore, et qui est produit, soit par la violence de l'inspiration dans des maladies très variées, soit par l'introduction de l'air dans les vaisseaux pulmonaires. Les caractères anatomiques qu'il donne à cet emphysème sont les mêmes que ceux qui sont indiqués dans l'observation de M. Ollivier.

Dans tous les cas, l'emphysème extra-vésiculaire serait, suivant ces auteurs, produit de la même manière qu'il l'a été dans les expériences faites par M. Leroy

(1) *Trans. of the med. chirurg. Soc. of Edinburgh*, 1829, vol. III, part. II, p. 559.
(2) *London medical Gazette*, 1837, p. 119.
(3) *Actes de la Société de médecine des hôpitaux*. Paris, 1855.
(4) *Union médicale*, 1853.
(5) *Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ série, t. I, p. 229.
(6) *Prov. med. and. surg. Journal*, 1842.
(7) *Gazette médicale*, octobre 1842.
(8) *Mém. sur l'état sain et l'emphysème du poumon*, lu à l'Académie de médecine, séance du 10 février 1829.

(d'Étiolles) père (1), sur les effets de l'introduction de l'air dans les veines, et sur l'asphyxie produite par insufflation (2). En pratiquant ces expériences sur divers animaux, M. Leroy d'Étiolles a produit une mort prompte avec suffocation, et a trouvé, après la mort, la crépitation indiquée par M. Piédagnel.

Mais rien ne prouve que dans ces derniers cas, les vésicules bronchiques aient été réellement rompues. On ne peut avoir de certitude sur ce point que pour les cas où il y a eu passage de l'air dans le tissu cellulaire général. Il résulte d'ailleurs des expériences faites par M. Depaul sur l'insufflation, que la rupture des vésicules est extrêmement difficile, contrairement à l'opinion de M. Leroy (d'Étiolles) père.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir toutes les incertitudes qui règnent sur cette production de l'emphysème, et en particulier sur l'existence de la dernière forme dont je viens de parler. Nous avons vu souvent des poumons d'enfant nouveau-né gonflés par l'air, et offrant une crépitation sèche des plus considérables ; mais la régularité parfaite qui existait dans toutes les vésicules exactement arrondies, l'absence de toute trace de rupture, de toute cavité irrégulière et plus grande que les cellules environnantes, prouvaient, ce me semble, jusqu'à l'évidence, que les vésicules avaient été fortement distendues dans les derniers moments de l'existence, mais nullement qu'il y avait une lésion notable des poumons. Nous avons depuis observé des cas semblables chez les adultes, et nous n'avons pas cru devoir, ainsi que la plupart des observateurs, les regarder comme une lésion réelle.

Enfin, Laennec a admis comme cause possible une exhalation spontanée de gaz dans le tissu cellulaire qui constitue les cloisons des lobules ; mais c'est là une pure hypothèse, sur laquelle nous ne devons pas nous arrêter.

M. le docteur Cazalas (3) a vu dans un cas de dysenterie un emphysème interlobulaire s'étendre à une grande partie du corps. Comment cet emphysème s'était-il produit ? Ce cas vient-il à l'appui de l'opinion de Laennec ? C'est un point sur lequel il n'est pas permis de se prononcer.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes de l'emphysème extra-vésiculaire varient beaucoup, suivant les cas ; et comme le nombre des observations bien faites est peu considérable, il en résulte que nous n'avons que des notions peu étendues sur la symptomatologie de cette espèce d'emphysème. Dans les cas où l'on a pu attribuer à une *violente émotion morale*, ou à *un effort* très considérable de la respiration la production de la maladie, la mort ayant été subitement ou extrêmement rapide, on n'a pas pu étudier les symptômes. Lorsque, au contraire, l'emphysème pulmonaire s'est développé peu à peu, soit parce que la rupture des vésicules était peu considérable, soit parce que les efforts de la respiration et les quintes de toux qui en étaient la cause avaient eu peu d'intensité, on a pu quelquefois constater un petit nombre de symptômes particuliers que je vais énumérer.

La *respiration* a été, dans ces cas, toujours plus ou moins gênée ; mais les au-

(1) *Arch. de méd.*, t. III, p. 410. — *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1838, t. II, p. 182 et suivantes.

(2) *Mém. lu à l'Acad. des sciences*, séance du 11 septembre 1826.

(3) *Mém. de la Soc. méd. d'émul. de Lyon*, 1842.

teurs n'ont point constaté ces accès de dyspnée qui sont si remarquables dans l'emphysème pulmonaire par dilatation des vésicules. Dans un cas, Laennec nota un *râle trachéal* très prononcé; mais le caractère particulier qu'il assigne à cette affection est un *rhonchus crépitant* sec, à grosses bulles, accompagné d'un *bruit de frottement* bien marqué; or, suivant MM. Reynaud et Mériadec Laennec, ce dernier signe appartiendrait, non à l'emphysème extra-vésiculaire, mais à une pleurésie sèche concomitante.

Quant au râle crépitant sec, doit-on lui accorder plus de valeur dans cet emphysème que dans la dilatation des vésicules bronchiques? C'est ce qu'il n'est pas permis de déterminer dans l'état actuel de la science; les observations nous manquant complétement. La *conformation de la poitrine* n'a pas été suffisamment étudiée. Il en est de même de la *percussion*. Enfin, la *toux* a été signalée dans la plupart des cas, mais on n'a pas donné exactement ses caractères, pas plus que ceux de l'*expectoration*.

On voit combien la science est peu avancée relativement à cette maladie. D'après les signes que je viens d'indiquer, on aurait en effet beaucoup de peine, dans un cas donné, à diagnostiquer l'emphysème extra-vésiculaire. Mais il est un autre phénomène dont je n'ai encore rien dit, qui, lorsqu'il se manifeste, annonce la rupture de quelques vésicules pulmonaires : c'est l'*emphysème sous-cutané*, qui a été constaté dans un certain nombre d'observations, et notamment dans celles de Jahn (1) et de Hicks et W. Dumbreck, de M. le professeur Guillot et de MM. Blache et Roger. Dans ces cas, on voit, à la suite de grands efforts de toux ou de grandes inspirations, survenir, avec une dyspnée plus ou moins intense, un gonflement qui, commençant ordinairement à la partie antérieure et inférieure du cou, envahit bientôt toute la périphérie du corps; mais on se demande alors s'il y a un véritable emphysème du tissu cellulaire des poumons, ou s'il existe simplement une rupture de quelques vésicules superficielles et de la plèvre, avec passage de l'air dans les médiastins, et de là dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il paraît, quoique les descriptions que nous ont laissées les auteurs ne soient pas très satisfaisantes, que, dans certains cas, ces deux lésions existent ensemble.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur les symptômes si peu connus de cette maladie obscure.

§ III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il est également très difficile de se prononcer sur la *marche*, la *durée* et la *terminaison* de la maladie. Nous avons vu que l'on avait attribué des morts subites à l'emphysème extra-vésiculaire; mais l'existence de la lésion n'a pas été mise hors de doute. Dans les cas signalés par Hicks et Dumbreck, la terminaison a été fatale; dans les 16 observations de M. Guillot un seul enfant a survécu. Dans plusieurs autres, au contraire, l'air épanché s'est promptement résorbé, ou s'est échappé par des mouchetures pratiquées par le médecin. Tels sont les renseignements peu précis que la science nous fournit sur ce point.

(1) *Magasine für die gesam. Heilk.*, 1828, et *Archives gén. de médecine*, Paris, t. XX, 1re série, p. 104.

§ IV. — Lésions anatomiques.

Quant aux *lésions anatomiques*, elles consistent principalement dans une accumulation d'air entre les lobules et sous la plèvre, où ce fluide forme des ampoules plus ou moins volumineuses, que l'on peut faire cheminer avec le doigt. M. Bouillaud (1) a vu une poche de ce genre tellement grosse, qu'elle ressemblait à un estomac. Quelquefois on trouve les deux médiastins fortement distendus par de l'air non altéré.

Il faut se garder de prendre pour un emphysème véritable le développement de gaz qui peut avoir lieu après la mort, par suite de la putréfaction. L'état du poumon, ainsi que des autres organes, et l'étendue considérable occupée par l'air extravasé, feront reconnaître l'erreur.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Il serait complétement inutile d'insister longuement sur le *diagnostic* et le *pronostic* de l'emphysème extra-vésiculaire. Avec les faits insuffisants que nous possédons, je courrais risque de n'émettre que des propositions contestables. Le *diagnostic* ne peut présenter quelque certitude que lorsque, après un effort très considérable, on voit survenir d'abord une gêne notable de la respiration, puis un son clair dans un lieu limité de la poitrine, et enfin le développement d'un emphysème sous-cutané. C'est à l'observation ultérieure à fixer définitivement la valeur propre à chacun de ces signes.

§ VI. — Traitement.

Le *traitement* de l'emphysème extra-vésiculaire doit nécessairement se ressentir de l'insuffisance des faits. Aussi n'avons-nous à ce sujet que des données très peu nombreuses et très vagues. Dans les cas cités par Laennec, l'emphysème a eu une issue favorable, et cependant on n'employa que des moyens bien simples. L'analogie nous porte à penser que, dans un cas bien déterminé, on pourrait avoir recours, avec espoir de succès, aux *narcotiques* à doses plus ou moins élevées. Quant à l'emploi de quelques autres médicaments, le médecin seul sera juge de leur opportunité, et il me suffit de renvoyer le lecteur au traitement de l'emphysème vésiculaire. Lorsqu'il y a extension de l'emphysème au tissu cellulaire sous-cutané, et que la tension de la peau est très considérable, quelques piqûres avec un trocart, comme l'a fait le docteur James, suffisent pour évacuer le fluide gazeux.

Les auteurs qui regardent l'emphysème interlobulaire comme fréquemment mortel, ont peu de confiance dans cette médication si simple; mais nous avons vu qu'il y avait confusion dans les termes; que, pour les uns, l'emphysème interlobulaire n'était autre chose que l'emphysème vésiculaire avec rupture de quelques vésicules et formation de poches plus ou moins vastes, et que, pour les autres, la même maladie consistait dans cet état de distension forcée des vésicules pulmonaires qui survient peu de temps avant la mort dans des affections diverses. C'est cette confusion de termes qui a fait porter, sur la gravité de la maladie, des juge-

(1) *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, art. Emphysème.

ments si différents. Au reste, nous n'avons pas cherché à dissimuler que presque tout était encore à faire sur cette affection heureusement rare, et nous n'avons point voulu, par conséquent, donner aux propositions qui se trouvent dans cet article une valeur plus grande qu'elles ne le méritent. Prémunir le praticien contre la surprise que pourrait lui occasionner un événement du genre de ceux que nous avons mentionnés, et lui en faire connaître les principaux phénomènes, voilà l'unique but que nous nous sommes proposé.

CHAPITRE V.

MALADIES DU PARENCHYME PULMONAIRE.

Bien qu'il n'y ait point de séparation marquée entre la membrane muqueuse des bronches et les autres parties de l'organe respiratoire, nous avons cru devoir décrire séparément leurs maladies, parce que sous le rapport de leurs symptômes propres, de leur gravité et de leur marche, elles offrent des différences essentielles; cependant nous devons faire remarquer ici que souvent ces maladies existent concurremment, qu'elles ont entre elles des rapports intimes. Ainsi la pneumonie peut se développer dans le cours de la bronchite, et donner lieu à la pneumonie dite catarrhale, etc. Mais nous avons pensé qu'il suffisait d'indiquer ces rapports, sans réunir des affections qui ne se touchent que par un point. C'est pourquoi nous n'avons pas hésité à adopter cette division, qui, du reste, est généralement admise.

Dans ce chapitre, nous allons étudier successivement, et en suivant un ordre analogue à celui que nous avons déjà adopté pour les autres parties des voies respiratoires : 1° la *congestion pulmonaire ;* 2° l'*apoplexie pulmonaire*, qui est l'hémorrhagie du parenchyme du poumon ; 3° la *pneumonie aiguë* et la *pneumonie chronique ;* 4° la *gangrène du poumon*, qui offre des symptômes tout à fait particuliers; 5° la *mélanose* et le *cancer du poumon ;* 6° la *phthisie pulmonaire ;* 7° les *maladies produites par des corps étrangers pulvérulents.*

Telles sont les affections du parenchyme du poumon qui intéressent réellement le praticien; quant à certains états morbides, tels que la *cirrhose*, et à quelques autres affections, telles que les *névralgies du poumon*, elles se présentent trop rarement, sont trop peu connues et trop inaccessibles à tout moyen de traitement, pour qu'elles méritent autre chose qu'une simple mention.

ARTICLE Ier.

CONGESTION PULMONAIRE DANS LES MALADIES AIGUES.

[Il ne s'agit pas ici d'une maladie à proprement parler, ni même d'une de ces affections qui réclament l'intervention de la thérapeutique. La congestion pulmonaire, dont il va être question, se montre seulement comme élément d'un grand

nombre de maladies aiguës; et si le médecin a un grand intérêt à s'en occuper, c'est uniquement au point de vue du pronostic.

C'est à M. le docteur Woillez (1) que l'on doit la connaisance de ce fait absolument nouveau; ses études entreprises depuis de longues années sur la mensuration de la poitrine l'ont amené à reconnaître que, dans les maladies aiguës, les poumons se congestionnent et donnent lieu à l'ampliation de la poitrine, qui, en même temps, perd de son élasticité. Nous citerons textuellement les passages les plus importants du dernier mémoire de cet auteur :

« Lorsque, vers le début des maladies aiguës, on mesure avec le ruban gradué et inextensible les deux côtés de la poitrine, et que l'on additionne les deux nombres ainsi obtenus, on a un total qui représente la capacité circulaire *générale* du thorax. Si l'on répète cette constatation à des époques rapprochées dans le cours de la maladie, on obtient de nouvelles dimensions semblables ou différentes, dont l'ensemble représente la capacité thoracique générale à différentes époques de l'affection. Or, cette capacité, ainsi étudiée, varie d'une manière remarquable dans le cours de la plupart des maladies aiguës; et lorsqu'elle ne varie pas, ce résultat négatif a souvent lui-même une signification particulière.

» L'ampliation générale de la poitrine n'était, dans aucun cas, sensible à la vue, même au niveau des espaces intercostaux chez les sujets maigres. Elle était évidente par les résultats de la mensuration et se faisait *aux dépens des deux côtés de la poitrine* dans tous les cas. Elle débutait avec la maladie, et, suivant l'époque plus ou moins avancée de cette dernière, lors de l'entrée des malades à l'hôpital, les résultats de la mensuration se rapportaient à l'une ou à l'autre des périodes de l'ampliation :

» 1° A l'ampliation croissante ou progressive;

» 2° A l'ampliation stationnaire;

» 3° A sa décroissance ou rétrocession thoracique.

» La *fréquence* de l'ampliation thoracique mérite d'être signalée, puisque sur soixante-sept sujets atteints de maladies aiguës les plus diverses, elle a été constatée cinquante fois, c'est-à-dire dans les *trois quarts* des faits. Cette ampliation constitue donc un phénomène ordinaire dans les maladies aiguës.

» Son apparition dès l'*invasion* de la maladie doit être considérée comme un fait caractéristique et constant... La période de *progression* est de huit à neuf jours, en moyenne... La période *stationnaire* est courte... Enfin la période de décroissance commence vers le huitième jour et dure huit jours en moyenne. »

Comme il existe plusieurs difficultés d'observation au début des maladies aiguës, on n'a jamais noté plus de 1 à 3 1/2 centimètres d'ampliation initiale; mais, dans la période de rétrocession, on a vu la décroissance aller jusqu'à 8 centimètres. On a noté aussi la rapidité extrême avec laquelle se font l'ampliation ou la rétrocession dans les premiers jours où elles se manifestent.

On pratique la mensuration de la manière suivante. Le sujet étant couché bien

(1) E.-U. Woillez, *Recherches sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*. Paris, 1837. — *De la congestion pulmonaire considérée comme élément habituel des maladies aiguës* (*Mém. de la Soc. méd. d'observation*, Paris, 1854, t. II). — *Recherches sur les variations de la capacité thoracique dans les maladies aiguës* (*Mém. de la Soc. méd. d'observation*, Paris, 1856, t. III).

d'aplomb sur le dos, on porte l'extrémité du ruban métrique jusqu'à l'épine dorsale, à la hauteur de l'appendice xiphoïde ; l'autre extrémité est ramenée en avant vers le centre de l'articulation sterno-xiphoïdienne. On note le nombre de centimètres ainsi obtenus. On procède de la même façon pour l'autre côté de la poitrine, et l'on additionne les deux nombres. Un point très essentiel est de *serrer le ruban autant que possible.* Cependant il est important d'obtenir d'abord la mensuration *par simple application ;* et ensuite, si l'on compare le résultat avec celui de la mensuration par *tension forcée*, on obtient le degré d'*élasticité générale du thorax.*

L'ampliation thoracique s'observe non-seulement dans les maladies de poitrine, mais encore dans toutes les affections aiguës où le poumon ne semble pas être atteint. Voici les chiffres recueillis par M. Woillez :

Affections thoraciques fébriles (34 cas).	Pneumonie	25 cas.
	Bronchite	5
	Hémoptysie	[illegible]
	Névralgie dorso-intercostale	1
	Pleurésie	1
	Péricardite simple	1
Autres maladies aiguës (16 cas).	Variole et varioloïde	6
	Erysipèle de la face	5
	Scarlatine	3
	Fièvre intermittente	1
	Rhumatisme articulaire	1
		50 cas.

Comme on le comprend, il nous est impossible d'analyser complétement le travail si important de M. Woillez, et d'entrer dans les détails qu'il donne à l'occasion des principales maladies aiguës, mais nous devons insister sur quelques points particuliers.

Le *défaut d'ampliation*, dans dix-sept cas sur soixante-sept, s'est montré dans les maladies aiguës *non fébriles*, ou dans celles dont les phénomènes généraux avaient été *très légers ;* et, dans quelques cas, les malades étant sortis de l'hôpital non guéris, on n'a pas pu s'assurer s'il survenait de la rétrocession du thorax. Dans les *maladies abdominales*, il y avait des variations sans suite, en plus ou en moins, dues sans doute à l'accumulation ou au déplacement de gaz dans les parties du tube digestif protégées par la base de la cage thoracique.

L'*élasticité* de la poitrine, difficile à constater par la *percussion*, est au contraire parfaitement reconnue à l'aide de la *mensuration.* On l'apprécie par les différences entre la mensuration *par simple application* et celle *par tension forcée.* Ses limites varient de 4 à 11 centimètres, et la moyenne est de 6 à 6 1/2 centimètres.

L'auteur établit ensuite, par des considérations de différents ordres, que l'ampliation et le défaut d'élasticité de la poitrine sont réellement dus à une congestion pulmonaire.

Mais c'est surtout au point de vue du pronostic que les recherches de M. Woillez présentent un grand intérêt.

« La durée de l'ampliation progressive, lorsqu'elle se prolonge au delà de ses limites ordinaires, indique, en dehors des autres symptômes, que la maladie sera longue ; car la rétrocession a en général une durée égale à celle de l'ampliation.

C'est surtout dans les maladies thoraciques que l'on trouve l'application de cette règle générale. Dans les exanthèmes, la persistance de l'ampliation prouve que la marche de ces affections est insolite, et, par suite, qu'elles seront plus graves. Il ne faut pas oublier que, dans la variole suivie de guérison, la rétrocession a été constatée du quatrième au cinquième jour de la maladie, ou du premier au troisième jour de l'éruption.

» Le début de la rétrocession, qui montre que l'ampliation est terminée, est donc un signe favorable dans la marche des maladies aiguës, comme preuve de leur décroissance. Cependant, si la diminution de tous les autres symptômes, tant locaux que généraux, annonçait cette résolution en même temps que la rétrocession, il serait superflu pour le pronostic de rechercher le début de cette dernière. Mais il n'en est ainsi que dans un certain nombre de faits; dans les autres, comme chez des sujets atteints de pneumonie, de bronchite et de péricardite que j'ai observés, la rétrocession a débuté alors que les symptômes locaux n'annonçaient pas encore la résolution de la maladie. (J'ai dit que, treize fois sur vingt cas de pneumonie, la rétrocession avait débuté pendant l'hépatisation pulmonaire.) Ce résultat suffit pour donner ici à la rétrocession, comme signe, une importance réelle.

» Mais il y a plus : cette importance se rattache non-seulement à la marche des affections aiguës fébriles, mais encore à leur traitement. Si la résolution naturelle de la maladie, en effet, n'était pas douteuse à la mensuration, on ne pourrait conclure à l'efficacité d'un agent thérapeutique alors mis en usage, puisqu'on ne saurait lui attribuer le changement favorable annoncé déjà par la mensuration.

» Aussi la constatation du début de la rétrocession par la mensuration peut éclairer le praticien sur le pronostic de la maladie aiguë qu'il observe, sur l'efficacité réelle des médicaments qu'il emploie, et enfin le mettre sur la voie pour expliquer certaines améliorations générales dont la nature était inconnue. »

Enfin, voici les conclusions complètes du mémoire de M. le docteur Woillez :

« 1° Dans le cours des maladies aiguës, la capacité de la poitrine m'a présenté fréquemment des modifications importantes qui n'étaient pas sensibles à la vue, mais seulement à la mensuration circulaire envisagée à des points de vue particuliers.

» 2° La capacité relative des deux côtés de la poitrine, que l'on a eue seule jusqu'à présent pour objet dans l'emploi de la mensuration, n'offre pas, dans les maladies aiguës, de variations qui constituent des signes de quelque valeur. Une seule fois, sur vingt-trois cas de pneumonie simple, cette mensuration a démontré l'existence d'une dilatation relative du côté malade.

» 3° La capacité générale du thorax, explorée à différentes époques des maladies à l'aide de la mensuration, a été au contraire presque constamment modifiée dans les affections aiguës les plus diverses, mais seulement lorsqu'elles débutaient par des symptômes généraux fébriles bien caractérisés.

» 4° La mensuration faisait alors constater, dès le début, une ampliation des deux côtés de la poitrine, présentant trois périodes : de progrès, d'état et de déclin; d'une durée variable comme celle des maladies dont elle suivait en général les phases, et d'une étendue de 1 1/2 à 8 centimètres, 4 centimètres en moyenne.

» 5° De plus, la mensuration, opérée dans de certaines conditions, faisait constater mathématiquement les différents degrés de l'*élasticité générale de la poitrine*. Cette élasticité était constamment diminuée pendant l'ampliation progressive et stationnaire du thorax, puis revenait graduellement vers son état normal pendant le déclin de l'ampliation.

» 6° L'ampliation thoracique générale des maladies aiguës a été la même pour toutes, si ce n'est que dans certains exanthèmes, tels que la scarlatine et surtout la variole, et l'érysipèle de la face, elle a été, en général, beaucoup plus courte, et que, dans la variole, elle était terminée avant le développement complet de l'éruption.

» 7° Dans l'affection typhoïde et les diverses maladies aiguës de l'abdomen, cette ampliation ne peut être toujours régulièrement constatée, à raison des causes particulières qui, dans ces maladies, peuvent faire varier irrégulièrement la capacité générale de la poitrine.

» 8° Cette ampliation générale, avec diminution de l'élasticité thoracique, est due à la congestion pulmonaire coïncidant d'abord avec les symptômes généraux du début des maladies. Cette congestion, révélée par la mensuration, est donc un élément important des affections aiguës.

» 9° Ni la fréquence plus ou moins grande du pouls, ni les émissions sanguines, ni les évacuations gastro-intestinales, ni le régime alimentaire, n'ont paru avoir d'influence sur l'apparition des différentes phases de l'ampliation thoracique.

» 10° Les oscillations que présentaient, chez un petit nombre de sujets, les chiffres de l'ampliation progressive, stationnaire ou décroissante, étaient produites soit par la présence accidentelle des gaz dans les organes digestifs, soit par des oscillations de la congestion pulmonaire elle-même.

» 11° L'amaigrissement produisait, dans certains cas, une rétrocession thoracique très lente et très irrégulière, qu'on ne pouvait confondre avec la rétrocession de l'ampliation thoracique des maladies aiguës.

» 12° L'ampliation croissante annonçait en général les progrès de la maladie; l'ampliation stationnaire persistante, sa prolongation; et la décroissance de l'ampliation, sa résolution. La rétrocession thoracique de la troisième période indiquait souvent la résolution de la maladie avant la diminution de ses symptômes ou signes locaux.] »

ARTICLE II.

APOPLEXIE PULMONAIRE.

Cette maladie était presque entièrement inconnue avant les recherches de Laennec. On trouve, il est vrai, dans les auteurs, un certain nombre de faits qu'on peut lui rapporter, aujourd'hui que les observations modernes nous ont appris à en apprécier les symptômes et les lésions; mais ces faits isolés ne pouvaient être d'un grand secours pour l'étude de cette grave affection. L'article que Laennec lui a consacré a donc une haute importance. Après lui, et lorsque l'attention des observateurs a été fixée sur ce sujet, les faits se sont multipliés de telle sorte que nous possédons un assez grand nombre de documents pour tracer l'histoire de la maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On éprouve une certaine difficulté quand il s'agit de *définir* l'apoplexie pulmonaire. On signale, en effet, comme lésion principale, tantôt une violente congestion du poumon, tantôt la distension des vésicules pulmonaires par une masse plus ou moins considérable de sang, et tantôt une infiltration sanguine interlobulaire ou une extravasation de sang dans le tissu du poumon produisant une déchirure de cet organe et des collections sanguines quelquefois très considérables.

A laquelle de ces lésions convient-il de donner le nom d'apoplexie pulmonaire? Je pense qu'il est permis de l'appliquer à toutes, car on conçoit qu'une accumulation rapide de sang dans les extrémités bronchiques puisse déterminer tous les symptômes d'une asphyxie apoplectique, aussi bien que l'irruption du sang dans le parenchyme; et si l'on veut comparer ces lésions à celles qui ont lieu dans l'apoplexie cérébrale, on trouve que la simple congestion correspond à ce que l'on appelle vulgairement coup de sang, et que la véritable apoplexie pulmonaire est l'analogue de l'épanchement sanguin dans le tissu du cerveau. Cette manière d'envisager l'apoplexie du poumon, adoptée déjà par M. Andral, me paraît fondée sur les faits.

On a donné à l'apoplexie pulmonaire différents noms, suivant qu'on a eu égard à la lésion du poumon et aux symptômes de la maladie elle-même : ainsi elle a reçu les dénominations d'*hémoptysie foudroyante*, *asphyxie*, *hémorrhagie interstitielle du poumon*, *pneumorrhagie*.

La *fréquence* de l'apoplexie pulmonaire ne saurait être appréciée rigoureusement d'après les faits que nous possédons. Suivant Laennec, cette maladie est moins rare qu'on ne le croit généralement. Il est certain que plusieurs noyaux apoplectiques ont pu échapper à une exploration trop rapide, dans des cas d'hémorrhagie pulmonaire abondante; mais, même en tenant compte de cette circonstance, on peut dire que l'apoplexie pulmonaire n'est pas une maladie fréquente, quoique la plupart des observateurs en aient vu plusieurs exemples.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il est très difficile d'assigner à cette maladie des causes prédisposantes. Nous n'avons, en effet, aucun travail rigoureux qui nous permette de nous prononcer sur ce point avec quelque précision. On a dit, il est vrai, que la présence des *tubercules dans les poumons*, l'existence de *noyaux d'hépatisation*, une *respiration habituellement embarrassée*, et enfin une *altération des vaisseaux pulmonaires* qui les rend plus friables et en facilite la rupture, favorisaient l'apparition de cette hémorrhagie interstitielle; mais ces assertions ne sont point appuyées sur des faits assez nombreux. Nous avons observé un cas dans lequel l'apoplexie pulmonaire coïncidait avec des tubercules pulmonaires et des ulcérations tuberculeuses de l'intestin (1).

Il est une autre cause qui me paraît mériter beaucoup plus d'attention : je veux parler de l'*hypertrophie du cœur*. Elle a été rencontrée dans la plupart des cas

(1). *Leçons cliniques*, *hopital de la Pitié* (*Union médicale*, 8 avril 1852).

d'apoplexie pulmonaire qui ont été publiés, et l'on trouve, dans plusieurs observations de Laennec, de Bayle, et de MM. Bouillaud (1), Rousset (2), Cruveilhier (3) et Bricheteau (4), cette hypertrophie portée à un degré considérable, et affectant principalement les cavités droites du cœur. Le docteur Stanhope Templeman Speer (5) cite un cas d'apoplexie pulmonaire coïncidant avec la transformation graisseuse du cœur sans maladie des valvules ni des gros vaisseaux. Le malade périt subitement. A l'autopsie, on trouva une déchirure de la plèvre de deux pouces de long, par laquelle un quart de livre de sang s'était épanché dans la cavité pleurale. Enfin, d'après M. Bouillaud, une *hémoptysie antérieure* prédisposerait à l'apoplexie pulmonaire.

M. H. Guéneau de Mussy (6) s'est livré à des recherches intéressantes, desquelles il résulte que l'apoplexie pulmonaire est rarement idiopathique et qu'elle survient principalement à *la suite des fièvres graves*, ou des maladies qui apportent un trouble considérable dans la circulation pulmonaire : par exemple, les désorganisations profondes de la valvule mitrale.

2° Causes occasionnelles.

On ne trouve dans les observations rien qui annonce l'existence d'une cause occasionnelle évidente. Souvent on voit des individus être pris tout à coup, sans aucun prodrome, et dans un état de bonne santé apparente, de tous les symptômes de l'apoplexie pulmonaire, et succomber avec la plus grande rapidité. C'est ce qui arriva dans le cas observé par Bayle (7) et par M. Bricheteau.

R. Paterson (8) a observé un cas d'apoplexie pulmonaire déterminée par des *contusions* sur la poitrine.

En l'absence de toute cause évidente, Laennec a eu recours à une hypothèse : il a supposé l'existence d'une *dilatation rapide du sang* qui, ne permettant plus à ce liquide de rester dans les voies de la circulation, le pousserait violemment dans les vésicules bronchiques et dans le parenchyme pulmonaire ; mais cette supposition, n'étant fondée sur aucun fait, ne doit pas nous arrêter plus longtemps.

On voit qu'il reste encore beaucoup à faire sur les causes de l'apoplexie pulmonaire.

§ III. — Symptômes.

1° *Apoplexie pulmonaire subite ou foudroyante.* — J'ai déjà dit qu'on observe un certain nombre de cas dans lesquels la maladie a une marche rapide, et même détermine la mort subite. Alors une altération profonde des traits, une anxiété extrême, une suffocation portée au plus haut degré, sont les seuls symptômes que l'on puisse constater. Quelquefois seulement il s'y joint une *hémoptysie*, tantôt très considérable, tantôt, au contraire, très peu abondante.

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841, t. II, p. 473.
(2) *Recherches sur les hém.*, thèse. Paris, 1827.
(3) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. APOPLEXIE.
(4) *Observ. d'apoplexie pulmonaire* (*Arch. gén. de méd.*, t. XII, p. 100).
(5) *London Journal of méd.*, octobre 1831.
(6) *Thèses de la Faculté de médecine*. Paris, 1815.
(7) *Revue médicale*, avril 1828.
(8) *Edinburgh med. and surg. Journal*, janvier 1846.

2° *Apoplexie progressive.* — Dans les cas où la maladie parcourt moins rapidement ses périodes, on observe un certain nombre de symptômes qu'il importe d'étudier avec soin.

Un *sentiment de gêne* plus ou moins marqué dans la poitrine ; quelquefois une *chaleur* insolite, et parfois enfin de véritables *douleurs thoraciques*, ainsi que l'a observé Laennec, sont les signes qui annoncent l'invasion de la maladie. Dans les observations que j'ai sous les yeux, ce symptôme a été complétement passé sous silence. Bientôt la *respiration* devient *embarrassée*, elle est profonde et entrecoupée ; et la gêne de cette fonction peut être telle, qu'il existe une véritable *orthopnée*, comme on le remarque dans les observations de M. Bouillaud (1).

Laennec a noté une *oppression* très forte, et de plus une *irritation* dans une étendue plus ou moins considérable du thorax. Dans les cas où la respiration est extrêmement gênée, on constate une *contraction exagérée des muscles inspirateurs*, qui tendent à soulever fortement les épaules. Alors la *respiration trachéale* peut se faire entendre à une grande distance, et, s'il y a une certaine quantité de liquide sanguinolent dans les bronches, la respiration est bouillonnante, comme dans les cas cités par M. Bouillaud. Ordinairement il se joint à ces symptômes une *toux* plus ou moins vive, et qui, d'après Laennec, est principalement excitée par l'irritation de poitrine qu'il a signalée.

Nous avons maintenant à nous occuper d'un symptôme qui a été très diversement apprécié par les auteurs. Suivant Laennec, l'*hémoptysie* est un des symptômes les plus importants de l'apoplexie pulmonaire : la perte de sang est ordinairement très abondante et très grave ; elle peut s'élever jusqu'à 5 kilogrammes, et ce liquide est rejeté pur et rutilant ; quelquefois néanmoins il est en petite quantité. M. Bricheteau, au contraire, pense que l'hémoptysie n'appartient nullement à l'apoplexie pulmonaire. Selon lui, lorsqu'il y a écoulement de sang par les bronches, c'est ordinairement après la mort. Ces deux opinions sont exagérées, et s'expliquent par la nature particulière des faits observés par ces deux auteurs. Il suffisait, en effet, à Laennec, pour constater l'existence d'une apoplexie pulmonaire, de trouver une accumulation de sang dans les vésicules bronchiques, même alors que le sang était versé par une simple exhalation ; or, dans toute hémoptysie un peu abondante, il devait trouver une certaine quantité de sang dans les vésicules. Mais cela ne constitue évidemment pas la véritable apoplexie pulmonaire. Quant à M. Bricheteau, il a eu principalement égard aux cas dans lesquels la mort est survenue brusquement, par suite de l'irruption du sang dans le parenchyme pulmonaire.

Entre ces deux manières de voir, il en est une qui, d'après les faits publiés, doit être seule adoptée. Dans les cas cités par MM. Bouillaud, Rousset, Andral, et dans ceux que l'on trouve dans les divers recueils scientifiques, on voit que fréquemment il existe une simple excrétion de crachats sanguinolents ; que quelquefois l'hémorrhagie est plus abondante, et qu'enfin elle peut manquer entièrement, sans que la maladie perde rien de ses caractères.

M. Rousset a observé quelquefois des crachats diffluents, couleur de jus de réglisse, qu'il a attribués à l'apoplexie pulmonaire ; mais comme cet auteur admet

(1) *Observ. pour servir à l'histoire de l'apoplexie pulmonaire* (*Arch. gén. de médecine*, t. XII, p. 392).

une complication de pneumonie, on se demande si cette expectoration ne serait pas due à la pneumonie elle-même ; et l'on verra à l'article *Pneumonie* que tout porte à répondre affirmativement.

Ordinairement, lorsqu'il y a du sang dans les crachats, il n'est pas intimement mêlé avec eux ; il est plus ou moins rouge, et parfois il a une certaine tendance à la coagulation. C'est après les efforts de toux qu'a lieu cette expectoration sanguinolente. En résumé, l'hémoptysie n'est point un symptôme aussi important que le pensait Laennec ; toutefois elle mérite une grande considération, et il est fort à désirer que de nouvelles recherches nous en fassent connaître exactement la valeur.

La *percussion* et l'*auscultation* ont fourni peu de lumière au diagnostic de cette affection. Suivant Laennec, la percussion n'aurait qu'une valeur limitée, tandis que l'auscultation donnerait des signes positifs. Deux caractères sont signalés par lui comme essentiels à la maladie. Le premier est l'absence de la respiration dans une partie peu étendue du poumon, et le second un *râle crépitant* qui existe aux environs du point où la respiration ne s'entend plus, et qui, suivant Laennec, indique une légère infiltration sanguine autour du point apoplectique. Ce râle a toujours lieu au début de la maladie. Plus tard il cesse souvent de se faire entendre.

Plusieurs auteurs ont vainement cherché les signes indiqués par Laennec ; le premier surtout, c'est-à-dire l'absence de la respiration, est bien loin d'être constant, et on le conçoit facilement. Pour qu'il en fût ainsi, en effet, il faudrait que le foyer apoplectique fût voisin de la surface du poumon, et assez considérable pour obstruer une assez grande étendue des extrémités bronchiques ; or c'est ce qui est bien loin d'avoir toujours lieu, car quelquefois les noyaux apoplectiques sont disséminés, et assez fréquemment ils ont leur siége dans les parties profondes du poumon. Quant au râle crépitant, on voit bientôt, d'après la description de Laennec, qu'il n'est autre chose que le râle que nous avons signalé dans la simple hémoptysie, et qui est dû à la présence d'une certaine quantité de sang dans les extrémités bronchiques. C'est ce même râle qui, vers la racine du poumon, c'est-à-dire dans les grosses bronches, se convertit en un râle muqueux à grosses bulles, dont, suivant les expressions de Laennec, la matière paraît plus liquide et dont les bulles semblent plus grosses que celles qui sont formées par de la mucosité. « Leurs parois, ajoute-t-il, semblent plus minces, et elles crèvent souvent par excès de distension. »

D'un autre côté, M. Piorry (1) assure qu'il n'a obtenu que des résultats très équivoques de l'auscultation, tandis que, par la percussion, il a constaté, dans un point circonscrit de la poitrine, une absence de son d'autant plus marquée, que le sang expectoré est plus rouge, diminuant lorsque ce liquide prend une couleur noirâtre et disparaissant avec l'hémoptysie. Nous verrons à l'article *Diagnostic* ce qu'il faut penser de cette opinion, qui présente des propositions contradictoires, et que l'auteur, du reste, paraît avoir presque totalement abandonnée depuis.

On voit combien sont douteux les signes fournis par ces deux moyens d'exploration : toutefois il faut faire une remarque importante : c'est que les auteurs n'ont pas eu le soin de distinguer les différents cas, et qu'ils n'ont pas cherché si, lorsque les lésions étaient différentes, les signes dont nous venons de parler n'avaient pas

(1) *De la percussion médiate.* Paris, 1828, in-8.

une valeur différente aussi. On conçoit très bien, en effet, que selon la situation du foyer apoplectique, à la surface ou dans la profondeur du poumon, tantôt on observe des phénomènes très sensibles, et tantôt on ne puisse découvrir aucun signe. Que chacune de ces circonstances se soit exclusivement présentée à des observateurs différents, et la divergence des opinions devient toute naturelle.

Lorsque les symptômes que nous venons d'énumérer ont acquis une intensité notable, la face est pâle, livide; quelquefois, comme dans les observations citées par M. Bouillaud, l'œil est hagard et exprime l'effroi; le corps se recouvre d'une sueur froide; le pouls, ordinairement fréquent, mou et faible, est quelquefois large et présente une vibration particulière, ainsi que Laennec en a vu des exemples.

Enfin ce dernier auteur a constaté l'existence d'un *bruit de souffle* dans le cœur et dans les artères, mais, comme les sujets qu'il a observés ont eu généralement une hémoptysie abondante, nous devons, aujourd'hui que nous connaissons les effets des pertes de sang sur les bruits des artères, attribuer ce phénomène à cette circonstance qui avait échappé à Laennec.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons déjà cité un certain nombre de cas dans lesquels la mort a eu lieu subitement ou presque subitement : nous pourrions multiplier ces citations, mais il n'y aurait aucune utilité. Dans le plus grand nombre des cas, la maladie, quoique rapide, est loin de se terminer aussi brusquement; elle suit son cours d'une manière continue; tous les symptômes vont en augmentant, jusqu'à ce qu'enfin une véritable asphyxie emporte le malade.

La *durée* de la maladie ne dépasse pas ordinairement quelques jours. Laennec a cité des exemples dans lesquels elle aurait été plus longue; mais n'oublions pas que pour lui une simple accumulation de sang dans les vésicules bronchiques constituait une véritable apoplexie.

Il ne faut que jeter un coup d'œil sur les observations qui ont été publiées, pour voir que la mort est la *terminaison* la plus ordinaire de cette affection. Cette terminaison est-elle inévitable? Oui, suivant M. Bricheteau; mais, nous l'avons déjà dit, cet observateur n'a porté son attention que sur les cas les plus graves, ce qui peut faire croire que sa manière de voir est exagérée. D'après Laennec, au contraire, la résolution de l'épanchement sanguin est possible. Il a cité deux cas pour mettre le fait hors de doute; mais il reste toujours à savoir s'il y avait, dans ces cas, une apoplexie pulmonaire ou une simple exhalation sanguine dans les vésicules bronchiques. Cette question est donc encore indécise et demande de nouvelles recherches.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un grand soin par les auteurs, et ils ont vu qu'elles se présentaient sous des aspects différents. Quelquefois, en effet, l'on n'a trouvé qu'une congestion sanguine dans une grande étendue du poumon. Les vaisseaux étaient considérablement distendus, les poumons rouges, volumineux, lourds, et le sang s'écoulait difficilement lorsque l'on avait fait des incisions à la substance pulmonaire. C'est là la *congestion* dont nous avons parlé plus haut, con-

gestion qui, pour produire des symptômes notables, doit occuper un espace considérable, et qui a été principalement observée dans les cas de mort subite (1). Mais le plus souvent on a constaté l'existence de lésions beaucoup plus profondes, dont nous allons donner un aperçu rapide.

Dans un point plus ou moins étendu du poumon, on trouve un noyau ferme, d'une couleur sombre, ordinairement circonscrit, et dont la dureté finit brusquement, de manière qu'il y a une ligne de démarcation tranchée entre le point endurci et les portions de tissu sain. Quelquefois, comme M. le professeur Bouillaud l'a constaté, cette lésion peut occuper une assez grande étendue d'un lobe pulmonaire. Laennec a vu deux ou trois noyaux apoplectiques circonscrits dans différents points du poumon.

Lorsqu'on incise le tissu altéré, on voit que la surface de l'incision est noirâtre et présente un aspect grenu dû à l'accumulation du sang dans les vésicules bronchiques ; c'est du moins ce que Laennec et M. Bouillaud ont constaté. Le premier de ces deux auteurs a vu ces granulations plus grosses que celles de l'hépatisation rouge dans la pneumonie. Lorsqu'on presse sur ces parties altérées, on en exprime avec difficulté une petite quantité de sang épais, desséché suivant Laennec, et semblable à du sang cuit, suivant l'expression de M. Bouillaud. Il n'est pas rare de trouver, dans le centre de ces foyers, un sang coagulé en plus ou moins grande abondance. Laennec a compté dans ces noyaux jusqu'à trois couches différentes, dues sans doute à des irruptions successives du sang.

Le tissu environnant est ordinairement sain, souple, crépitant, ou présente parfois une légère infiltration sanguine. Dans un cas, M. Bouillaud a trouvé un kyste couenneux assez épais, dont il a donné la description. MM. Cruveilhier et Rousset ont cité des exemples semblables. Toutefois on ne peut douter que ce dernier auteur ait décrit comme des noyaux d'apoplexie pulmonaire de véritables kystes tuberculeux, dans lesquels s'était produit un épanchement de sang. C'est ce qui fait sans doute qu'il a attribué à la maladie qui nous occupe les cicatrices qu'il a trouvées quelquefois au sommet du poumon. Ce n'est pas toutefois une raison pour nier, avec M. Bricheteau, l'existence du kyste, puisque M. le professeur Bouillaud a donné une description détaillée de celui qu'il a rencontré.

Ce dernier auteur se demande si les noyaux de mélanose enkystée que l'on rencontre quelquefois ne seraient pas dus à une apoplexie pulmonaire dégénérée; mais c'est une question que j'examinerai à l'occasion de la mélanose du poumon. Laennec, Corvisart, MM. Corrigan, Pingrenon, Fergusson (2), R. Paterson ont cité des exemples de rupture du parenchyme pulmonaire et d'irruption du sang dans la plèvre. La même lésion existait chez le sujet observé par Bayle. En pareil cas, les malades ont toujours succombé à une apoplexie foudroyante. Suivant MM. Rousset et Cruveilhier, l'affection peut se terminer par inflammation, et alors on trouve une cavité pleine d'un liquide sanguinolent, et dont les parois sont infiltrées d'un pus sanieux. Les cas cités par M. Rousset ne sont pas parfaitement concluants, ainsi que je l'ai dit plus haut, et il résulte des faits que si l'inflammation s'empare du foyer apoplectique, ce n'est que dans un très petit nombre de cas, peut-être parce que

(1) Ollivier, *Arch. gén. de méd.*, t. I, 2e série, p. 233, etc.
(2) *Medical Transactions of Dublin*, t. I.

en général, la mort survient trop rapidement. Enfin, comme nous l'avons déjà dit, on a trouvé dans le cœur des lésions plus ou moins considérables, notamment l'hypertrophie, et des obstacles au cours du sang situés aux orifices de cet organe.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — D'après ce que nous avons dit relativement à la valeur des signes fournis par la percussion et l'auscultation, on doit pressentir toutes les difficultés du diagnostic de cette grave affection. En effet, nous avons vu que l'absence de la respiration, signalée par Laennec, et trouvée par M. Bouillaud, n'a lieu que dans des circonstances particulières, et que le râle crépitant, décrit par le premier de ces auteurs, appartient purement et simplement à l'hémoptysie. Néanmoins ces signes ont une certaine importance lorsqu'ils se trouvent bien circonscrits dans un point du poumon. Quant au son mat indiqué par M. Piorry, il n'a point toute la valeur que lui avait d'abord attribuée cet auteur, puisque plus tard (1) il a reconnu que le sang qui coule des bronches donne lieu aux mêmes signes que s'il provenait des poumons eux-mêmes. D'ailleurs comment concevoir, ainsi que l'a fait remarquer M. Mériadec Laennec, qu'il puisse exister une matité notable d'une partie assez considérable du thorax, sans qu'il y ait en même temps une altération plus ou moins profonde du murmure respiratoire.

Ce sont ces difficultés qui ont fait dire à M. Bouillaud que l'on peut deviner plutôt que diagnostiquer une apoplexie pulmonaire. Toutefois il est certains cas dans lesquels les signes que je viens d'indiquer se trouvent réunis et permettent un diagnostic assez précis. Lorsque, dans un point limité de la poitrine, il existe une matité marquée, que dans le même point il y a absence du murmure respiratoire, que les crachats sont teints de sang non intimement mêlé avec eux, que l'anxiété est vive, que la respiration est très difficile, et qu'enfin tous ces symptômes sont survenus très rapidement, on peut croire à l'existence d'une apoplexie pulmonaire.

Avec quelle affection pourrait-on la confondre? Lorsqu'elle présente les signes que je viens d'énumérer, on ne pourrait guère la prendre que pour une pneumonie. Mais on évitera l'erreur, si l'on a égard à l'absence de la respiration bronchique, de la bronchophonie, des symptômes fébriles, du trouble du côté des voies digestives, et si l'on tient compte de la différence des crachats, qui dans la pneumonie sont rouillés ou présentent une autre coloration qui indique la combinaison intime du sang avec le mucus.

Quand ces deux affections existent ensemble, le diagnostic paraît impossible. Cependant Laennec a cru être parvenu, dans un cas, à l'établir ; mais il faudrait un certain nombre d'observations semblables pour mettre le fait hors de doute.

Lorsque les signes sur lesquels nous avons principalement insisté manquent complétement, il est inutile de chercher à établir un diagnostic positif; car, dans l'état actuel de la science, on n'y parviendrait pas. C'est alors le cas de dire, avec M. Bouillaud, que l'on peut deviner la maladie, mais non la diagnostiquer. Nous ne donnerons point le tableau synoptique de ce diagnostic obscur, pour lequel les détails précédents suffisent.

(1) *Traité de diagnostic et de séméiologie*. Paris, 1840, t. I, p. 559.

Pronostic. — Ce que nous avons dit de la terminaison de la maladie prouve que le pronostic en est très grave. L'embarras de la respiration, l'anxiété très vive du malade, le refroidissement des extrémités, la précipitation et la petitesse du pouls, et enfin les symptômes d'une affection du cœur à un degré avancé, annoncent une mort certaine.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de cette affection est une des parties de son histoire sur lesquelles nous avons le moins de renseignements positifs. On le comprend facilement, lorsqu'on se rappelle qu'elle n'est point fréquente, qu'elle peut être méconnue pendant la vie, et que, dans plusieurs cas, soumis à l'observation, aucun moyen utile n'a pu être mis en usage. Voici, d'après les faits que nous avons rassemblés, le traitement le plus énergique employé par les auteurs :

Émissions sanguines. — La *saignée*, suivant Laennec, ne doit jamais être négligée. Il faut ouvrir largement la veine, et pousser l'écoulement du sang jusqu'à la lipothymie. M. Bouillaud a vu le sang couler d'abord avec peine lorsque la maladie avait une intensité marquée : mais au bout d'un certain temps, l'écoulement a lieu avec facilité, et l'on peut pousser la saignée aussi loin qu'on le désire.

Les *sangsues* ont été aussi mises en usage. Laennec conseille de les appliquer à l'anus ou à la vulve, lorsque l'apoplexie pulmonaire a succédé à la suppression d'un flux sanguin de ces parties. Dans un cas observé par M. Bouillaud, on appliqua des *ventouses scarifiées* sur la poitrine même. Malgré l'énergie de ces moyens, il n'est pas rare de voir la maladie faire des progrès, jusqu'à ce que le malade succombe. Cependant les évacuations sanguines, et surtout la saignée générale, paraissent encore plus indiquées que dans la simple hémoptysie.

Révulsifs, dérivatifs. — Des *ventouses sèches*, appliquées sur le tronc et sur les extrémités, ont été mises en usage par Laennec. Dans l'un des cas observés par M. Bouillaud, on a appliqué un *vésicatoire* sur la poitrine ; mais ces moyens n'ont été que d'un faible secours, et Laennec n'accorde qu'une médiocre confiance aux vésicatoires et aux *sinapismes*.

Vomitifs, purgatifs. — Nous n'ajouterons rien ici à ce que nous avons dit de l'emploi des vomitifs et des purgatifs, à l'occasion de l'hémoptysie ; il suffit d'y renvoyer le lecteur. Mais nous ne devons pas passer sous silence l'application du *tartre stibié à haute dose*, faite par Laennec aux cas d'apoplexie pulmonaire. Voici comment cet auteur s'exprime à ce sujet : « Dans deux cas désespérés, j'ai tenté le tartre stibié à haute dose, d'après la même méthode que pour la péripneumonie. Je n'en ai vu aucun mauvais effet. Ce moyen a même paru modérer beaucoup l'hémorrhagie, mais je ne l'ai pas trouvé héroïque, comme dans les maladies inflammatoires. » Il n'est pas possible, d'après ces paroles de Laennec, de se faire une idée un peu exacte de l'action du tartre stibié à haute dose dans cette maladie. C'est à l'observation à nous apprendre si, dans des cas moins graves, ce médicament aurait un effet plus marqué. Quant aux *purgatifs*, Laennec conseille de choisir les drastiques. La *teinture de colchique* fut inutilement employée dans un des cas observés par M. Bouillaud.

Le docteur Arnal (1) a rapporté un cas d'apoplexie pulmonaire effrayante ayant

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, juin 1849.

résisté à trois saignées, aux sangsues, à des astringents énergiques, et promptement guérie par le seigle ergoté.

℞ Eau de laitue..........	120 gram.	Sirop diacode.............. 40 gram.
Extrait de seigle ergoté..	1 gram.	

Une cuillerée toutes les deux heures.

Diurétiques. — M. Gendrin (1), après avoir recommandé tous les moyens qui peuvent favoriser les diverses sécrétions, ajoute que, de tous ces moyens, ceux dont on retire les meilleurs résultats contre les accidents de l'apoplexie pulmonaire sont les diurétiques actifs, et principalement le *nitrate de potasse*, moyen préconisé d'abord par Th. Dickson, et que M. Gendrin administre à haute dose de la manière suivante :

℞ Légère décoction de chiendent.........	de 1000 à 1500 gram.
Nitrate de potasse................	de 15 à 30 et 45 gram.

A prendre par grands verres, dans les vingt-quatre heures.

Cette boisson est administrée dès le début de la maladie, et l'on continue son administration jusqu'à la fin de tous les accidents.

Suivant M. Gendrin, ce remède a une très grande efficacité, mais malheureusement cette assertion n'est appuyée sur aucun fait bien détaillé.

Affusions. — Suivant Laennec, les *affusions*, d'abord tièdes, puis presque fraîches et froides ensuite, sont souvent très utiles. Ce moyen, auquel il donne le nom de *bains d'ondée*, paraît avoir été employé dans de simples hémoptysies; c'est à l'aide d'un arrosoir que Laennec faisait pratiquer les affusions.

Enfin, on a administré un grand nombre d'autres remèdes qui tous ont été dirigés contre l'hémoptysie : ainsi les *acides végétaux* et *minéraux*, l'action du *froid* à l'intérieur et à l'extérieur, etc., etc., tous moyens que nous avons longuement énumérés et appréciés à l'article *Hémoptysie*. Ce serait donc tomber dans des redites inutiles, que de les reproduire ici.

Il nous suffira, pour terminer cet article, de présenter une seule ordonnance qui résume les principaux moyens que nous venons d'indiquer.

Ordonnance.

1° Pour boisson :

Hydromel (Bouillaud).

Ou bien :

Chiendent, avec une forte dose de nitre (voy. ci-dessus).

2° Une saignée de 400 à 500 grammes.

Ouvrir largement la veine, de manière à produire la lipothymie.

3° ℞ Eau distillée de tilleul. 200	gram.	Eau distillée de laurier-cerise.. 2 gram.
Tartre stibié........	0,30 gram.	Sirop de gomme............ 35 gram.

A prendre par cuillerée d'heure en heure (Laennec).

(1) *Traité philosophique de médecine pratique*. Paris, 1838, t. I, p. 699.

4° Seigle ergoté en potion (Arnal).

5° Affusions, fraîches d'abord, puis froides (Laennec).

6° Diète absolue.

On voit que nous ne possédons rien de bien particulier au traitement de l'apoplexie pulmonaire. Peut-être, quand on aura recueilli plus d'observations de cette maladie, sera-t-il possible d'apprécier plus rigoureusement les moyens dirigés spécialement contre elle. En attendant, lorsqu'il y a hémoptysie, le praticien doit se conduire comme dans les cas d'hémorrhagie pulmonaire grave, et lorsque l'excrétion du sang n'existe pas, les symptômes sérieux qui se montrent du côté de la poitrine lui indiquent qu'il faut employer des moyens énergiques pour faire disparaître l'obstacle évident qui existe dans la respiration et dans la circulation pulmonaires.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Saignée, révulsifs, dérivatifs, vomitifs, purgatifs, tartre stibié à haute dose, seigle ergoté, diurétiques, affusions froides, moyens employés contre l'hémoptysie.

ARTICLE III.

PNEUMONIE AIGUE.

Cette affection est une des plus graves et des plus fréquentes. De tout temps elle a attiré l'attention des médecins, mais ce n'est que dans ces dernières années qu'elle a été étudiée avec un véritable succès. Jusqu'alors une confusion qui semblait inévitable avait régné dans l'histoire des principales maladies aiguës de poitrine, et surtout de la pneumonie et de la pleurésie. Les anciens n'établissaient que de légères différences de siége et d'étendue entre ces deux affections. Il suffit de parcourir ce qui, dans Hippocrate (1), a rapport à ce sujet, pour s'assurer que l'idée qu'on se faisait alors de ces inflammations était extrêmement vague. La description de la pleurésie donnée par Galien, et qui s'applique très bien à la pneumonie, prouve que la science n'avait fait aucun progrès sur ce point. Arétée (2), observateur généralement plus exact, est resté dans le même vague. Ce que ces auteurs disent des crachats, et qui a été répété par tant d'autres écrivains plus modernes, prouve suffisamment la vérité de ce que j'avance. Pour eux, en effet, les crachats teints de sang appartiennent aussi bien à la pleurésie qu'à la pneumonie.

Pour juger de l'incertitude qui régnait sur cette importante question, il suffit de connaître l'opinion de Fréd. Hoffmann et de Borsieri sur les rapports de ces deux affections entre elles. Suivant le premier (3), la pneumonie occupe les parties profondes du poumon, et la pleurésie les parties superficielles. Quant au second (4), il pense que le siége est le même, et que toute la différence consiste dans les symptômes. Quelques observations de Valsalva, de Morgagni et d'Huxham semblaient

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré. Paris, 1849, t. VI, p. 277, *Des lieux dans l'homme*.

(2) Lib. I, cap. x.

(3) *Opera omnia*, t. I, sect. II, cap. II. Genev., 1761. *De febr. pneum.*

(4) *Instit. med. prat.* Lipsiæ, 1826, t. IV, De morb. pect. p. 86.

devoir faire cesser cette confusion; mais elles ne furent point assez bien comprises pour fixer l'opinion des médecins et de ces auteurs eux-mêmes.

Les beaux travaux de Bichat sur l'anatomie des divers tissus mirent enfin les observateurs sur la voie, et Pinel, qui s'en était inspiré, distinguait déjà très bien la pleurésie de la pneumonie (1), quoique les seuls signes de ces maladies qu'il avait pu saisir dussent laisser bien souvent son diagnostic incertain. Enfin Laennec, par ses recherches anatomico-pathologiques, aussi bien que par l'étude des signes stéthoscopiques, fit cesser toutes les incertitudes, et, depuis lors, les recherches d'un grand nombre d'auteurs que j'aurai à citer dans cet article sont venues donner au diagnostic de la pneumonie une précision qu'on ne trouve pas toujours dans celui de beaucoup de maladies plus accessibles à nos moyens d'exploration.

M. le professeur Grisolle (2) a publié sur la pneumonie un travail des plus importants, et qui rendra sur presque tous les points ma tâche très facile. Heureux si tous les points de la science étaient ainsi traités, car alors on pourrait présenter la médecine dans un résumé succinct, fidèle expression des faits. Nous emprunterons donc, sans aucun scrupule, à M. Grisolle la plupart des traits de notre description, et n'ajouterons guère de développements nouveaux qu'à l'occasion du traitement.

On a décrit un bien grand nombre d'espèces de pneumonies : ainsi nous trouvons d'abord la *pneumonie aiguë* et la *pneumonie chronique*, qu'on ne peut s'empêcher de décrire séparément; puis la *pneumonie primitive* et la *pneumonie consécutive*, qui, sous certains points de vue, méritent d'être distinguées; puis encore la *pneumonie traumatique*, dont je dirai quelques mots; enfin la *pneumonie bilieuse*, la *pneumonie typhoïde*, la *pneumonie catarrhale*, la *pneumonie intermittente* ou *rémittente*, la *pneumonie latente*, la *pneumonie rhumatique*, *arthritique*, *puerpérale*, *métastatique*, et même *vermineuse!* Il suffira d'un simple aperçu pour montrer la valeur de ces variétés, fondées sur des circonstances généralement d'une importance secondaire, et dont quelques-unes doivent être entièrement rejetées. Mais il est une espèce de pneumonie caractérisée par son siége, et sur laquelle je devrai m'arrêter un peu plus longtemps : c'est la *pneumonie lobulaire*, si fréquente chez les enfants, et qu'il est si difficile de diagnostiquer. En somme, nous n'adopterons que la division de la pneumonie en aiguë et en chronique, et n'accorderons aux autres espèces qu'une simple mention, plus ou moins étendue, selon leur importance.

Nous donnerons aussi, en quelques mots, l'analyse d'un récent mémoire de M. Marrotte sur la *fièvre synoque péripneumonique* (Voy. page 697).

Nous allons, dans cet article, nous occuper exclusivement de la *pneumonie aiguë*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le nom de *pneumonie* est exclusivement réservé aujourd'hui à l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

On a fréquemment désigné cette affection sous les noms de *péripneumonie*, *pulmonie*, de *fièvre pneumonique* ou *péripneumonique*, ou de *fluxion de poi-*

(1) *Nosologie philosophique*, t. II, p. 420 et 483. Paris, 1823.
(2) *Traité pratique de la pneumonie*, etc. Paris, 1841.

trine, mot encore employé par le vulgaire. Mais le nom de *pneumonie* est celui qui convient le mieux à la maladie et qui doit être adopté.

Cette affection est une des phlegmasies aiguës *les plus fréquentes*, surtout à certaines époques de l'année.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

La pneumonie sévit à tous les *âges*. Jusqu'à ces dernières années, on a cru, sur la foi des anciens auteurs, qu'elle n'affectait que les adultes, et surtout les jeunes gens. Les considérations physiologiques n'ont pas manqué pour expliquer cette préférence; mais l'observation a réduit les explications au néant, en démentant les faits. Delaberge (1), Burnet (2), Gherard, MM. Rufz (3), Barthez et Rilliet (4), Hache (5), ont démontré, par les faits, la grande fréquence de la pneumonie chez les enfants âgés de plus de deux ans, et, quant aux nouveau-nés, ils y sont bien plus sujets encore, comme le prouvent les observations de Billard (6), et celles que j'ai recueillies moi-même (7). Il s'est élevé quelques discussions relativement à la fréquence de la pneumonie chez les vieillards. On a dit que cette affection est moins fréquente chez eux que chez les jeunes sujets, parce qu'on trouve dans les hôpitaux un moins grand nombre de vieillards affectés de pneumonie. Mais, comme l'a très bien fait remarquer M. Grisolle : 1° il y a beaucoup moins de vieillards que d'adultes, et 2° la plupart des vieillards affectés de pneumonie sont traités dans les hospices où, comme Prus (8), Hourmann et M. Dechambre (9), l'ont observé, et comme nous avons pu nous en convaincre nous-même pendant deux ans, la pneumonie fait des victimes extrêmement nombreuses. Reconnaissons donc, avec M. le professeur Grisolle, qu'extrêmement fréquente dans la première enfance, diminuant jusqu'à vingt ans, augmentant alors sensiblement, pour diminuer encore après l'âge de quarante ans, la pneumonie devient de nouveau d'une fréquence extrême après soixante ans, époque de la vie où l'homme retombe dans la faiblesse de l'enfance.

Toutes les espèces de pneumonies n'ont pas la même fréquence aux différents âges. Les *pneumonies consécutives* sont bien plus fréquentes chez les enfants qu'à toute autre époque de la vie. La *pneumonie* dite *catarrhale*, c'est-à-dire celle qui survient dans le cours d'un catarrhe pulmonaire, affecte plus souvent les veillards. Enfin, la *pneumonie lobulaire* attaque presque exclusivement les enfants.

L'influence du *sexe* a été très anciennement reconnue. Elle est aujourd'hui

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1834.
(2) *Journ. hebd.*, 1833.
(3) *The Americ. Journal*, 1834.
(4) *Clinique des maladies des enfants*, *Pneumonie*. Paris, 1838.
(5) *Thèse*. Paris, 1835.
(6) *Traité des maladies des enfants*, 2ᵉ édit. Paris, 1853.
(7) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838.
(8) *Recherches sur les maladies de la vieillesse* (*Mémoires de l'Acad. de médecine*, 1840, t. VIII).
(9) *Recherches cliniques*, *Maladies des organes respiratoires* (*Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ série, 1835, t. VIII, p. 405).

parfaitement établie sur des chiffres considérables, desquels il résulte que la pneumonie a lieu plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, dans la proportion d'environ 2 à 1; mais, comme on le voit dans les recherches de M. Grisolle, c'est moins le sexe en lui-même que les habitudes propres à chacun des deux sexes, qui sont la véritable cause de cette différence. Aussi, dans les pays où les femmes ont les mêmes habitudes que les hommes (1), et chez les enfants dont l'hygiène est uniforme, la fréquence de la pneumonie ne diffère pas sensiblement dans les deux sexes, ainsi que l'a formellement indiqué le professeur J. Frank (2). MM. Hache, Barthez et Rilliet ont fait la même remarque, et les recherches de M. Vernois, unies aux miennes, nous ont conduits aux mêmes résultats (3). Les femmes sont, *relativement*, plus sujettes aux *pneumonies consécutives* qu'aux pneumonies primitives; c'est le contraire chez les hommes.

Rien ne prouve mieux l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons, lorsqu'il s'agit de l'influence de la *constitution* et du *tempérament* dans les maladies, que le vague qui règne encore sur ce point de l'histoire de la pneumonie, malgré les efforts qu'on a faits pour arriver à la vérité. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que, chez les sujets affaiblis et dont la constitution est détériorée par une cause quelconque, la pneumonie se produit avec facilité. La fréquence des *pneumonies consécutives* en est une preuve. L'influence de l'embonpoint et du tempérament sanguin ou lymphatico-sanguin n'est pas suffisamment établie.

Quarin (4) croyait que les *bossus* étaient plus souvent affectés de pneumonie que les sujets dont le thorax est bien conformé; mais l'observation ultérieure a démontré le peu de fondement de cette opinion.

M. le professeur Grisolle, analysant plusieurs relevés intéressants, est parvenu à ce résultat, que l'aisance et par suite les bonnes conditions hygiéniques, rendent les hommes moins sujets à la pneumonie. On pouvait le prévoir d'avance, en se rappelant que les soins hygiéniques font jouir les femmes de la même prérogative.

La réflexion que nous venons de faire relativement à l'influence de la constitution trouve encore sa place lorsqu'il s'agit des *professions*. Le problème est extrêmement difficile à résoudre, parce que : 1° nous ne connaissons pas exactement la proportion des sujets dans les diverses professions, et 2° plusieurs influences pouvant agir chez le même individu, il faudrait un grand nombre de faits sévèrement analysés sous ce point de vue. Les professions qui exposent le plus aux intempéries de l'air : celles de maçon, de journalier; ou à des variations continuelles de température (les boulangers), *paraissent* prédisposer à la pneumonie. Celles qui exposent aux *émanations du tabac*, ou de *vapeurs fétides et enivrantes*, ont été rangées dans la même catégorie; mais Darcet et Parent-Duchâtelet (5) ont prouvé que cette opinion était erronée. Le dernier de ces deux auteurs (6) a réfuté l'opinion de Ramazzini, qui a avancé que les sujets obligés d'avoir habituellement les

(1) Ruef, *Medicinische Annalen*, vol. II, 1836.
(2) *Pathologie interne, Maladies des parois thoraciques, etc.*, chap. II, *Péripneumonie*, trad. Paris, 1841, p. 163, note 44.
(3) *Clinique des enfants nouveau-nés*, p. 173.
(4) *Traité des fièvres et des inflammations*. Paris, an VIII, t. II, p. 150.
(5) *Annales d'hygiène*, 1829, t. I, p. 169.
(6) *Ibid.*, t. III, p. 245.

jambes dans l'eau sont fréquemment atteints de pneumonie. L'observation exacte a également fait justice d'une manière de voir mal fondée, en montrant que l'inspiration de particules minérales n'était point une cause évidente d'inflammation pulmonaire. Les marins, suivant les recherches de M. Grisolle, en sont bien plus rarement atteints en pleine mer qu'auprès des côtes ou à terre. En somme, les travaux rudes, les fatigues excessives, la mauvaise hygiène, sont, dans les diverses professions, les circonstances qui favorisent le développement de la pneumonie.

Cette maladie sévit dans tous les *climats*, mais elle est plus commune dans les régions septentrionales et dans les climats tempérés que dans les régions intertropicales.

Les *saisons* ont aussi une influence marquée sur sa production : c'est au printemps, au mois d'avril et de mars, qu'on en observe le plus grand nombre; viennent ensuite, dans l'ordre de fréquence, les mois d'hiver et ceux d'automne.

La *menstruation*, l'*allaitement* (1), les *variations barométriques*, l'habitation dans des *contrées marécageuses*, ont aussi été donnés comme des causes prédisposantes de la pneumonie ; mais ces assertions sont dénuées de preuves.

Enfin, M. le professeur Grisolle a constaté que l'existence d'*une ou plusieurs pneumonies antérieures* annonçait une grande prédisposition pour l'avenir.

Les *pneumonies consécutives* ou secondaires, qui peuvent être regardées comme des complications, mais comme des complications sérieuses, graves et devant fixer l'attention du médecin, ont aussi leurs causes particulières. Les maladies qui déterminent un *grand mouvement fébrile* et une *débilitation notable*, en particulier les fièvres éruptives et surtout la rougeole, se compliquent fréquemment de pneumonie. Le croup, la morve aiguë, sont dans le même cas. La phlébite donne presque toujours lieu à une inflammation pulmonaire, etc. ; mais je n'insiste pas sur ces détails, parce que, quelque intérêt que présentent ces complications, elles n'en doivent pas moins tenir peu de place ici, puisqu'elles se présenteront à l'occasion de chacune des maladies dans lesquelles on les observe.

2° Causes occasionnelles.

La première cause qu'on doit signaler est une *violence extérieure*, une *plaie du poumon*, en un mot une cause *traumatique*. Les pneumonies ainsi produites ne sont pas fréquentes, et ont, en général, beaucoup moins de danger que la pneumonie née spontanément. L'action des *vapeurs irritantes* n'est point parfaitement démontrée ; au moins dans la plupart des cas, ne produit-elle qu'une bronchite ou une apoplexie pulmonaire. Les faits cités en faveur de l'opinion contraire manquent de plusieurs détails indispensables pour faire naître la conviction.

L'*action du froid*, surtout lorsque le corps est échauffé, est une cause si généralement et depuis si longtemps admise, qu'il est bien peu de cas où le vulgaire n'admette son existence; mais, en étudiant attentivement les observations, on ne tarde pas à s'apercevoir que cette question est beaucoup moins facile à résoudre qu'on ne le croit communément. Des opinions opposées ont été vivement défendues à ce sujet. Toutefois une réflexion rendra l'incertitude bien moins grande : c'est que tous les auteurs qui ont admis comme parfaitement démontrée la *grande* influence

(1) Baillou, *Opera medica, Epid. et ephed.*, lib. I.

du froid, et surtout du froid subit, dans la production de la pneumonie, se sont contentés des premières réponses des malades, naturellement portés à partager la manière de voir générale. Or c'est là une grande source d'erreur, comme je m'en suis assuré bien des fois. Ne voit-on pas tous les jours des malades qui répondent d'abord sans hésiter que leur maladie est survenue après un refroidissement, et qui, si vous poussez plus loin l'interrogatoire, finissent par vous apprendre que déjà depuis un, deux, trois jours et quelquefois davantage, ils présentaient les premiers symptômes de la maladie, lorsqu'ils ont éprouvé le frisson qui a fixé leur attention ? On comprend alors que, lorsqu'ils ont éprouvé ce frisson, ils présentaient déjà un mouvement fébrile évident, dont la sensibilité au froid et la sensation de refroidissement n'étaient qu'un symptôme. Dans d'autres cas, au contraire, il y a si loin de l'action de la cause à la production de l'effet prétendu, qu'une grande préoccupation peut seule trouver quelques rapports entre elles. L'action du froid n'est néanmoins pas nulle ; elle est seulement beaucoup plus bornée qu'on ne l'a dit, et souvent même on doit admettre l'existence d'une prédisposition puissante.

Laennec a remarqué que l'*action prolongée du froid* avait plus d'effet que l'impression brusque de cet agent sur le corps fortement échauffé. La facilité avec laquelle les peuples septentrionaux supportent le passage brusque du chaud au froid vient à l'appui de cette proposition.

On a signalé encore comme causes occasionnelles de la pneumonie les grands efforts de la *voix* et de la *respiration* : les chants, les cris, une course contre le vent ; mais, d'après les observations les plus exactes, l'existence de ces causes n'est nullement prouvée ; on a pris pour la règle générale quelques coïncidences ou des exceptions fort rares.

Il faut en dire autant des *grands efforts musculaires* et des *émotions morales*, quoiqu'on ait cité plusieurs faits de ce genre assez intéressants. Quant aux *excès alcooliques*, M. Grisolle a observé trois cas dans lesquels tout porte à croire que cette cause a en effet agi.

En étudiant attentivement les observations nombreuses qu'il a rassemblées, M. Grisolle est parvenu au résultat suivant : « Ce n'est guère, dit-il, que sur un quart des sujets qu'on a pu constater l'action d'une cause occasionnelle, et chez presque tous ce fut un refroidissement. Chez les autres sujets, on ne peut saisir l'action d'aucune cause excitante. »

On a vu quelquefois la pneumonie se montrer sous forme *épidémique*. C'est surtout dans le XVIe siècle qu'on observa le plus grand nombre d'épidémies de ce genre. Quelques-unes laissent des doutes, à cause de l'insuffisance du diagnostic ; mais en lisant les descriptions, on voit souvent que les auteurs ont réellement observé cette espèce de pneumonie. C'est une grande question de savoir si, en pareil cas, la pneumonie prend des caractères tout particuliers. Nous y reviendrons à l'occasion du diagnostic et du traitement. Quelques médecins ont avancé que la pneumonie est *contagieuse*, mais c'est une opinion entièrement abandonnée aujourd'hui.

§ III. — Symptômes.

C'est surtout dans l'étude des symptômes qu'il importe de distinguer la pneumonie en *aiguë* et en *chronique*, en *primitive* et en *consécutive ;* car ces diverses

pétit et des forces, de l'abattement, des douleurs lombaires, u
grande au froid extérieur, des frissons erratiques. Ces symptômes
nairement tous réunis, mais il en existe plusie à la fois. D
bien plus rarement, ce début par symptômes générau est beauco
et il existe un mouvement fébrile intense, alors que l'examen le
fait encore découvrir aucune lésion du poumon. Cette lésion sera
fonde pour être accessible à nos moyens d'exploration? Ce n'est l
sition gratuite; car, dans les phlegmasies où les altérations loc
aperçues, on trouve également des cas qui débutent par des phéno
Ce sont les pneumonies de ce genre qui ont motivé la dénomi
péripneumoniques, employée par F. Hoffmann et d'autres, et qui
tainement pas, aujourd'hui que les faits ont été bien observé
qu'elle le paraissait il y a quelques années. C'est aussi dans des ca
M. Andral, examinant le sang de la saignée, et le trouvant plus
qu'à l'état normal, a annoncé l'apparition d'une phlegmasie dor
soupçonner le siége.

Dans les cas où ces symptômes précurseurs de longue durée n'
a néanmoins, au début, un phénomène très remarquable : c'est u
moins intense, qui manque cependant quelquefois, ainsi que l'
meilleurs observateurs, contrairement à l'opinion de M. Chomel (1
comme constant. Suivant Hourmann et MM. Dechambre et Gri
manque surtout dans les pneumonies d'automne et d'été. On ne p
présence chez les enfants. Ce frisson varie depuis une simple horri
un sentiment de froid intense, avec claquement de dents. Parfo
temps avant l'apparition des symptômes thoraciques, on constate l'
céphalalgie plus ou moins violente, avec douleurs contusives des
de l'appétit, nausées, vomissements, et très rarement du délire.

Quelquefois, mais principalement chez les vieillards, le début
lieu d'une manière *latente*, et n'est guère marqué que par du m
faiblesse. Chez les enfants, la fièvre, l'agitation et la rapidité de

assez éloignée du point occupé par l'inflammation. Elle augmente ordinairement par l'inspiration et la toux, et gêne les mouvements des parois du thorax. Dans plus de la moitié des cas, la pression l'exaspère d'une manière notable. Chez les vieillards et chez les adultes, cette douleur se montre avec la même fréquence. Suivant MM. Barthez et Rilliet, elle a lieu moins souvent chez les enfants.

En même temps la *respiration* s'accélère. Les cas où il n'en est pas ainsi sont de très rares exceptions. Chez les adultes, le nombre des inspirations varie ordinairement de 30 à 50; chez un petit nombre, on en compte davantage. On les a vues s'élever à 80; ce sont là des exceptions. Chez les enfants nouveau-nés, le nombre des inspirations varie ordinairement de 30 à 36; mais quelquefois l'anhélation est extrême et la respiration est irrégulière. De deux à cinq ans, on peut compter de 30 à 80 inspirations, et à l'âge de six à quinze ans, on en compte de 24 à 68 (Barthez et Rilliet). D'après les recherches de M. Grisolle, l'intensité du point de côté, le siége de la pneumonie au sommet des poumons, la gravité de la maladie, ne sont nullement les causes de la fréquence plus ou moins grande de la respiration. Il n'en est pas de même de l'étendue de l'inflammation, qui est en rapport direct avec elle. L'état de grossesse, un vice de conformation du thorax, en un mot tout ce qui rend la respiration pénible, même chez un sujet dont les poumons sont sains, augmente l'intensité de ce symptôme.

La *gêne de la respiration* peut être excessive, et les malades éprouvent quelquefois un sentiment de suffocation; mais ce phénomène n'a guère lieu que lorsque la pneumonie s'est développée et étendue très rapidement. Ordinairement la gêne de la respiration est modérée. La sensation qu'éprouvent les malades n'est assez souvent pas en rapport avec ce qu'observe le médecin. On voit des sujets qui paraissent avoir une dyspnée extrême, chez lesquels on compte plus de quarante inspirations, et qui, ne se plaignant d'aucune gêne, ont les mouvements faciles et la parole libre. D'autres, au contraire, éprouvent une gêne très grande, avec un nombre modéré d'inspirations.

Un sentiment d'*oppression*, et parfois de *constriction*, dans la poitrine se joint le plus souvent aux symptômes précédents.

La *toux* est un symptôme constant; elle apparaît, dans la grande majorité des cas, au début même de la maladie. Rarement quinteuse, elle est moins pénible, moins déchirante que dans le catarrhe pulmonaire; elle n'augmente pas non plus de fréquence, d'une manière aussi sensible, le soir et la nuit. En général, sa fréquence est en rapport avec l'étendue de l'inflammation, et sa violence moins grande chez les vieillards et chez les jeunes enfants que chez les adultes.

La toux détermine promptement l'expectoration de *crachats* qui ne sont pas toujours caractéristiques dès le premier jour, quoiqu'il en soit souvent ainsi. Dans la majorité des cas, ces crachats apparaissent dans les trois premiers jours. Ils sont visqueux, demi-transparents, finement aérés, et présentent surtout une couleur qui les distingue. Ils ont souvent une teinte de *brique pilée*, une couleur de *rouille*. D'autres fois ils sont *orangés*, d'un *jaune-citron*, *safranés*, de couleur *marmelade d'abricot*, *sucre d'orge*, *agate*, etc. Les nuances qu'ils peuvent présenter sont nombreuses, car tout dépend de la plus ou moins grande quantité de sang qui est combinée avec le mucus sécrété. Chez quelques malades, les crachats ont une couleur *verte* plus ou moins foncée; chez d'autres, ils ressemblent à du jus de réglisse ou

de *pruneaux*. Toutes ces espèces doivent être notées avec grand soin : car ces crachats, excepté ceux qui sont colorés en vert, sont pathognomoniques de la pneumonie. Leur absence, il est vrai, ne prouve pas absolument que cette maladie n'existe pas, mais leur présence en constate l'existence. Elle était le seul signe d'une grande valeur que possédassent les anciens pour diagnostiquer la pneumonie.

La *quantité* des crachats est très variable. Quelquefois on n'en trouve qu'un ou deux attachés au fond du vase, et qui ont été rejetés avec plus ou moins de difficulté ; d'autres fois ils sont abondants, et couvrent le fond du crachoir d'une nappe demi-transparente, *visqueuse*, qui ne se détache pas d'abord lorsqu'on renverse le vase, qui se sépare ensuite dans plusieurs points en laissant des prolongements adhérents dus à la viscosité de la matière, et qui enfin tombe quelquefois en masse lorsque la force de cohésion est vaincue. Il n'est pas très rare d'observer une expectoration abondante d'un liquide semblable à de la salive battue, au milieu duquel on découvre quelques crachats caractéristiques, et offrant les couleurs particulières et la demi-transparence indiquées plus haut.

D'après les recherches de M. Grisolle, les crachats rouillés, orangés, jaunâtres, surviennent d'abord ; les crachats verts, jus de réglisse ou de pruneaux, leur succèdent.

Nous avons dit plus haut que ces crachats caractéristiques n'existent pas toujours ; chez quelques sujets, on voit, en effet, la matière de l'expectoration ne présenter, dans tout le cours de la maladie, d'autres caractères que ceux du simple catarrhe, ou, plus rarement, l'expectoration rester nulle. Chez les vieillards, cette exception est plus fréquente que chez les adultes. Chez les enfants très jeunes, l'expectoration manque entièrement ; ce n'est guère qu'après l'âge de six ans qu'elle commence à se montrer, et alors elle est sanguinolente ou *rouillée*, comme chez l'adulte. Toutefois nous avons noté chez les nouveau-nés (1) l'existence d'une *écume sanguinolente* très remarquable. Le docteur Morris (2) a observé le même symptôme chez deux jumeaux de trois mois, dont l'un a succombé, ce qui a permis de constater les lésions de la pneumonie. C'est donc à tort que quelques auteurs ont nié l'existence de ce signe. On ne saurait trop étudier ce symptôme important.

M. le docteur Remak (de Berlin) (3) a fait sur les crachats de la pneumonie des études qui l'ont conduit à des résultats très curieux. Dans cinquante cas qu'il a observés avec soin, il a vu dans les crachats de petites *concrétions bronchiques*, ramifiées, fibreuses. Quelquefois ces concrétions ramiformes sont visibles sans aucune préparation ; mais, pour les bien voir, il faut mettre les crachats dans l'eau, et les y laisser quelque temps, puis les étaler sur une plaque de verre teinte en noir. Suivant M. Remak, ce serait là un signe pathognomonique de la pneumonie arrivée à la période qu'il nomme période d'exsudation. Il y aurait donc toujours, à un certain moment, une espèce de petite bronchite pseudo-membraneuse, et l'on pourrait admettre que dans les cas où, comme dans l'épidémie de grippe de 1837, on a trouvé de grandes concrétions pseudo-membraneuses obstruant les bronches, il n'y avait qu'une exagération de cet état ordinaire des poumons dans la pneumonie.

On n'obtient aucun signe de quelque valeur de l'*inspection* et de la *mensu-*

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, article *Pneumonie*, 1838, p. 40.
(2) *Philadelphia medical* [illegible], 1846.
(3) *Diagnostische und pathogenetische* [illegible], etc. Berlin, 1845.

ration de la poitrine. Il n'en est pas de même de la *percussion*, et surtout de l'*auscultation*.

La *percussion*, dans les premiers jours, ne donne quelquefois que des résultats assez peu prononcés; mais bientôt une matité plus ou moins marquée se manifeste dans le point occupé par l'inflammation. Suivant M. Grisolle (*loc. cit.*), la sensation de résistance perçue par le doigt qui percute est au moins aussi utile pour le diagnostic que l'obscurité du son, attendu qu'elle fait découvrir un état pathologique du poumon là où le son ne diffère que par des nuances extrêmement difficiles à saisir. Le praticien doit donc chercher avec soin à constater cette sensation. Lorsque le poumon est fortement hépatisé, la résonnance de la poitrine est si différente dans le point malade et aux environs, qu'on ne peut s'y tromper; mais, dans une pneumonie commençante, ce n'est qu'une obscurité du son qui est plus difficile à saisir. L'attention de percuter comparativement la poitrine dans les points correspondants, attention utile dans tous les cas, devient alors absolument indispensable. C'est le seul moyen de distinguer des nuances très légères, et néanmoins très utiles à connaître pour diriger le traitement. Lorsque la lésion est très profonde, la percussion peut donner des résultats négatifs; mais les cas où il en est ainsi dans toute la durée de la maladie sont entièrement exceptionnels. Chez les enfants, la percussion ne fournit assez souvent que des signes légers; mais, en ayant soin de percuter comparativement les deux côtés du thorax, nous sommes parvenus, M. Vernois et nous, à des résultats à peu près semblables à ceux qu'on obtient chez l'adulte. Ce n'est guère que dans la pneumonie lobulaire que la percussion est entièrement inutile, et non, comme on le croyait il y a dix ans, dans toutes les pneumonies des enfants.

L'*auscultation* a plus d'importance encore. Si l'on est appelé dès le début, lorsque la fièvre vient de se déclarer, et lorsque la percussion ne donne encore aucun signe positif, on entend déjà, en appliquant l'oreille sur le thorax, une altération du bruit respiratoire du côté affecté; ce bruit est moins net, moins doux que du côté opposé. Bientôt il s'y joint du *râle crépitant* fin, très sec, à bulles égales, qui se fait entendre à la fin de l'inspiration. Il faut prendre garde de confondre ce râle avec un bruit semblable qu'on perçoit dans les premières inspirations, chez des sujets qui sont restés longtemps couchés et dans un repos absolu. Ce dernier bruit, qui paraît être produit par un simple déplissement des vésicules, ne se renouvelle pas. Assez fréquemment le râle crépitant est moins sec; ses bulles sont moins égales et en général plus grosses. Il n'y a point alors de différence bien sensible entre ce bruit anormal et le râle sous-crépitant du catarrhe pulmonaire, dont on ne le distingue que parce qu'il n'a lieu que d'un côté, circonstance importante que je rappellerai à l'article du diagnostic.

Bientôt ce râle est remplacé par la *respiration bronchique*, et en même temps la voix, qui n'avait jusqu'alors présenté qu'un retentissement un peu plus marqué, prend également le caractère bronchique; il y a *bronchophonie*. Il semble à l'observateur, quand il ausculte la respiration et la voix, que de la poitrine du malade un souffle sec et une voix vibrante parviennent à son oreille à travers un tube à parois résistantes. Cependant la voix résonnante est diffuse, non articulée, et ne traverse pas le stéthoscope comme la pectoriloquie parfaite. Laennec a divisé le souffle bronchique en *souffle dans l'oreille*, et *souffle voilé*, suivant que ce bruit

traverse plus ou moins facilement les parois thoraciques. C'est là une simple nuance qui tiendrait, suivant cet auteur, à ce que, dans le second cas, une couche plus ou moins épaisse de tissu non hépatisé est interposée entre le point où se produit le souffle et l'oreille de l'observateur. [Lorsque le souffle est très intense et métallique, il prend le nom de *souffle tubaire.*]

En ayant égard aux deux temps de la respiration, l'*inspiration* et l'*expiration*, Jackson (de Boston) a le premier constaté que la respiration bronchique se manifeste d'abord dans ce dernier temps; l'expiration devient plus forte, et augmente de durée sans que l'inspiration présente encore rien de remarquable.

Aux limites des points occupés par la respiration bronchique et la bronchophonie, on trouve très souvent ce même râle crépitant ou sous-crépitant qui avait précédé ces signes : c'est qu'une nouvelle partie du poumon est envahie et va passer par les mêmes degrés d'inflammation. Chez quelques malades observés par M. Grisolle, la transition de la crépitation à la respiration bronchique ne se faisait pas d'une manière aussi simple. Elle avait lieu par l'apparition d'un bruit particulier, comparé par cet auteur à celui que produit un morceau de taffetas neuf qu'on déchire. Il est bon d'être prévenu de l'existence de ce *bruit de taffetas*, afin de ne pas croire, en pareil cas, à l'existence d'une maladie différente de la pneumonie.

Plusieurs circonstances rendent difficile la manifestation de ces phénomènes. Quelques sujets respirent mal, retiennent leur haleine, sans qu'on puisse les en empêcher. Il faut alors les faire tousser; car, pendant les grandes inspirations qui précèdent et qui suivent la toux, le bruit anormal se produit avec facilité. Quelquefois même, par ce moyen, on rend évident un râle qui ne se produit pas alors que le sujet respire très bien. Chez les enfants, la respiration précipitée que leur donne la crainte rend l'altération du bruit respiratoire plus notable. Quant au retentissement de la *voix*, on ne peut, chez les très jeunes enfants, l'étudier qu'au moyen du *cri*, qu'il faut toujours noter.

Chez un petit nombre de sujets, il n'existe ni respiration bronchique ni bronchophonie, mais bien une *absence* du bruit respiratoire et du retentissement de la voix, dans les points occupés par la matité. On a vainement cherché à se rendre compte de cette espèce d'anomalie, que M. Grisolle a maintes fois observée chez l'adulte, et que j'ai constatée chez des enfants nouveau-nés. M. Stokes (*loc. cit.*, p. 326) pense que ce phénomène est dû à l'envahissement de toute l'étendue du poumon, ce qui enlève à l'organe la faculté de se dilater pour admettre l'air. Mais M. Grisolle a constaté l'existence de la respiration bronchique dans des cas semblables, tandis que l'absence de la respiration a plusieurs fois coïncidé avec une hépatisation de médiocre étendue. C'est encore ici le lieu de rappeler les recherches de M. Gairdner, qui a trouvé le *collapsus du poumon par obstruction bronchique* dans la pneumonie : fait qui explique très bien l'absence de la respiration.

S'il faut en croire M. W. Boding (1), il existe un signe particulier de la *pneumonie du sommet*. C'est un râle muqueux ou crépitant très fort, entendu à trois ou quatre pieds de distance, semblant venir du larynx et n'en venant pas, mais

(1) *The Americ. Journ. of the med. sc.*, juillet 1847.

[redacted]

bien du sommet du poumon. M. Boding a vu la mort survenir toutes les fois que ce signe s'est manifesté. Il faut nécessairement qu'il y ait eu, dans les cas observés par cet auteur, quelque chose d'exceptionnel, car tous les jours nous voyons des pneumonies du sommet qui ne présentent pas ce signe.

Les *enfants* et les *vieillards* ont une crépitation moins sèche, moins fine, moins égale que les adultes. Chez les nouveau-nés, la respiration bronchique paraît, dans un certain nombre de cas, remplacée par un affaiblissement du bruit respiratoire; à un âge plus avancé, elle ne se montre assez fréquemment que dans l'expiration. Enfin il est quelques cas bien constatés où l'auscultation ne fournit aucun signe.

Les moyens de diagnostic sont alors les mêmes que ceux que possédaient les anciens et que le praticien ne doit pas négliger.

Pour compléter l'exposition des signes physiques de la pneumonie, je dois mentionner l'*augmentation des vibrations thoraciques* au niveau des points hépatisés. M. Monneret (1), dans d'intéressantes recherches sur la valeur de ce signe, a fait voir le parti qu'on peut en tirer.

Pendant que les phénomènes qui viennent d'être décrits se manifestent, les symptômes généraux qui existaient au début persistent, et il peut en survenir de nouveaux. Le *mouvement fébrile* se maintient ou fait des progrès; le pouls est en général ample, élevé, peu dépressible; quand il est très fréquent, il est aussi moins développé. La fréquence est, en général, en raison directe du nombre des inspirations. Chez les enfants et chez les vieillards, l'accélération du pouls demande parfois, pour être saisie, plus d'attention que chez les adultes.

On ne trouve rien de remarquable du côté du cœur. La *chaleur* de la peau est plus ou moins élevée, quelquefois âcre et brûlante, bien plus souvent humide et coïncidant avec des sueurs plus ou moins abondantes. L'*appétit* est perdu, la *langue* est blanche, pâteuse, couverte d'un enduit plus ou moins épais; dans les cas les plus graves, elle est sèche, aride, dure à sa surface, rouge, brunâtre, comme brûlée. D'après les recherches de MM. Hourmann, Dechambre et Grisolle, cet aspect de la langue se montre bien plus fréquemment chez le vieillard que chez l'adulte; la pneumonie est aussi bien plus grave chez le premier. La *soif* est presque toujours vive. Rarement les *vomissements* du début persistent; il y a quelquefois des nausées. La *diarrhée* n'a lieu que dans la minorité des cas; elle est ordinairement légère et s'accompagne de faibles douleurs abdominales. La *céphalalgie*, symptôme du début, se prolonge pendant plusieurs jours; elle est quelquefois très violente, occupe principalement le front et s'étend parfois à toute la tête. L'*insomnie*, l'*agitation* la nuit, quelques *étourdissements*, se remarquent quelquefois. Rarement on observe du délire, et surtout du coma. Quelques malades ont une ou plusieurs *épistaxis*. Chez tous les sujets les *forces* sont diminuées; quelques-uns éprouvent un affaiblissement beaucoup plus considérable que ne semblerait le comporter l'étendue de l'inflammation. La *face* est, chez un grand nombre, rouge et animée; la coloration est surtout vive aux pommettes. Néanmoins il ne faut pas regarder ce signe comme très important, ainsi que le faisaient les anciens; car : 1° dans un nombre assez considérable de cas, on trouve la face pâle dans tout le cours de la maladie; et 2° quand la maladie fait des progrès, la

(1) *Mémoire sur l'ond*[illegible]*, etc.* (*Revue méd.-chir. de Paris*).

lividité, la pâleur, une coloration jaunâtre et terreuse, succèdent à la rougeur : c'est ce qu'on observe surtout lorsque la mort doit avoir lieu ; les observateurs récents n'ont point noté, sur la face des enfants atteints de pneumonie, les traits que M. Jadelot avait indiqués comme appartenant en propre à cette maladie.

[Parmi les signes de la pneumonie, il en est un qui, connu depuis longtemps, est devenu l'objet de l'attention particulière des médecins physiologistes, depuis les travaux de M. le professeur Cl. Bernard, sur les effets de la section du filet cervical supérieur du grand sympathique (1) : nous voulons parler de la *rougeur* et de l'*augmentation de chaleur du côté correspondant de la face.* M. le docteur Gubler a fait de ce signe le sujet d'un récent mémoire (2). Les conclusions de cet auteur sont les suivantes :

« 1° La rougeur des pommettes qui coïncide ordinairement avec les inflammations pulmonaires n'est pas, comme on le pense généralement, un accident fortuit, mais bien un trouble fonctionnel en rapport avec l'affection des organes respiratoires.

» 2° Cette rougeur n'est pas nécessairement proportionnelle à l'étendue et au degré plus ou moins avancé de la lésion anatomique; elle suit, dans son intensité et sa marche, les allures du travail inflammatoire.

» 3° Une élévation toujours sensible, quelquefois considérable de la température (0°,50 à 5°,40) accompagne l'hypérémie et lui imprime le caractère d'une congestion active.

» 4° La joue congestionnée correspond au poumon qui est le siége de la phlegmasie, ou du moins à celui qui est le plus affecté. Si l'inflammation est double, les deux pommettes sont hypérémiées et la rougeur pourra être inégale quand les deux poumons seront inégalement envahis.

» 5° La congestion malaire se montre non-seulement dans la pneumonie, mais dans la plupart des autres phlegmasies pulmonaires, dans celles qui accompagnent la tuberculisation comme dans les pneumonies typhoïdes, et même les bronchites capillaires ; elle paraît, d'ailleurs, portée à son maximum dans les pneumonies du sommet.

6° La production d'autres états morbides peut être favorisée par l'hypérémie habituelle de la face : c'est ainsi qu'une plaque d'érysipèle ultime s'est développée sur la joue du côté malade. Nous rapprocherons de ce fait la prédominance quelquefois observée des groupes d'herpès du côté correspondant à la pneumonie.

» 7° Pour expliquer la rougeur des pommettes, dans les maladies aiguës des poumons, on peut invoquer une excitation partie de leurs plexus nerveux, atteignant l'encéphale et se réfléchissant sur les nerfs respiratoires de la face. »

On a noté également la fréquence de l'*herpès labialis* chez les malades atteints de pneumonie, et l'on a attribué à ce signe un caractère pronostique favorable. L'*herpès labialis*, considéré par quelques auteurs comme un phénomène critique, n'apparaît guère avant le troisième ou quatrième jour de la maladie.]

Les malades se tiennent presque toujours couchés sur le dos, surtout lorsque les symptômes, et en particulier la douleur, sont très intenses, et que la maladie a fait de grands progrès.

(1) *Cours de médecine au collége de France.*
(2) *Union médicale*, avril et mai 1857.

Les symptômes que nous venons de passer en revue sont communs aux deux premières des trois périodes admises par plusieurs auteurs, et dont je parlerai à propos de la marche de la maladie. Parvenue au second de ces degrés, la maladie offre des phénomènes différents, suivant que la guérison doit survenir, que la mort doit avoir lieu, ou que le troisième degré doit se produire.

Dans le premier cas, les symptômes fébriles commencent par se calmer notablement; le pouls et la chaleur tombent, l'agitation disparaît, le sommeil est meilleur, la toux devient plus grasse, l'expectoration est plus facile; les crachats cessent ordinairement d'être sanglants; ils deviennent blancs, grisâtres; ils sont plus largement aérés; le point de côté disparaît. Si alors on ausculte chaque jour la poitrine, on sent diminuer la respiration bronchique; l'inspiration devient d'abord pure, puis l'expiration, en sorte que le souffle tubaire persiste plus longtemps dans la seconde partie de la respiration par laquelle il a commencé. Ordinairement on entend, dans les parties envahies les dernières, un râle crépitant ou sous-crépitant plus humide que celui qui existait d'abord, et qu'on a appelé *râle crépitant de retour*. Ce bruit gagne de proche en proche, en abandonnant les points qu'il a d'abord occupés, et où le murmure respiratoire revient à son état naturel: de sorte que les points envahis les derniers par l'inflammation sont les premiers guéris, et que la pneumonie se dissipe en sens inverse de son apparition. Cette marche mérite d'être notée; nous la retrouverons dans les autres phlegmasies. Enfin la face reprend son expression naturelle, et le malade entre en convalescence.

Lorsque la mort survient dans le cours de cette seconde période, les symptômes décrits plus haut conservent leur intensité, sauf la douleur, qui disparaît ordinairement. La gêne de la respiration augmente; l'expectoration devient plus difficile; les crachats sont petits, d'un gris sale, quelquefois striés, et même entièrement purulents. Au souffle bronchique se joint un gros râle muqueux; la face devient livide, terreuse; les traits se décomposent; la peau se couvre d'une sueur visqueuse; les extrémités se refroidissent; le pouls perd de sa force, augmente de fréquence et devient irrégulier. Enfin le *râle trachéal* survient quelque temps avant la mort; et, au milieu de ces terribles symptômes, l'intelligence conserve presque toujours son intégrité.

2° *Pneumonie consécutive.* — Cette espèce de pneumonie est caractérisée par des symptômes semblables à ceux qui viennent d'être décrits; mais quelques-uns manquent très souvent, et d'autres sont notablement modifiés. Ainsi le point de côté est beaucoup plus rare et généralement moins intense. La dyspnée est bien moins en rapport avec l'étendue de l'inflammation que dans la pneumonie primitive. La toux, moins violente, manque rarement. Les crachats caractéristiques ne s'observent, au contraire, que dans un petit nombre de cas. Les signes stéthoscopiques sont les plus importants. La crépitation est ordinairement plus grosse et plus humide; le souffle tubaire existe lorsque les sujets ne sont pas trop affaiblis. Enfin il y a une fièvre plus ou moins intense.

Nous n'en dirons pas davantage sur cette pneumonie, lésion secondaire ou complication, que nous avons voulu seulement mentionner ici à cause de sa gravité.

3° *Formes diverses de la pneumonie primitive.* — Depuis longtemps, mais [illegible] depuis le siècle dernier, on a beaucoup insisté sur les diverses formes que [illegible] d'abord faire connaître celles qui ont été

lividité, la pâleur, une coloration jaunâtre et terreuse, succèdent à la rougeur; c'est ce qu'on observe surtout lorsque la mort doit avoir lieu; les observateurs récents n'ont point noté, sur la face des enfants atteints de pneumonie, les traits que M. Jadelot avait indiqués comme appartenant en propre à cette maladie.

[Parmi les signes de la pneumonie, il en est un qui, connu depuis longtemps, est devenu l'objet de l'attention particulière des médecins physiologistes, depuis les travaux de M. le professeur Cl. Bernard, sur les effets de la section du filet cervical supérieur du grand sympathique (1) : nous voulons parler de la *rougeur* et de l'*augmentation de chaleur du côté correspondant de la face*. M. le docteur Gubler a fait de ce signe le sujet d'un récent mémoire (2). Les conclusions de cet auteur sont les suivantes :

« 1° La rougeur des pommettes qui coïncide ordinairement avec les inflammations pulmonaires n'est pas, comme on le pense généralement, un accident fortuit, mais bien un trouble fonctionnel en rapport avec l'affection des organes respiratoires.

» 2° Cette rougeur n'est pas nécessairement proportionnelle à l'étendue et au degré plus ou moins avancé de la lésion anatomique; elle suit, dans son intensité et sa marche, les allures du travail inflammatoire.

» 3° Une élévation toujours sensible, quelquefois considérable de la température (0°,50 à 5°,40) accompagne l'hypérémie et lui imprime le caractère d'une congestion active.

» 4° La joue congestionnée correspond au poumon qui est le siége de la phlegmasie, ou du moins à celui qui est le plus affecté. Si l'inflammation est double, les deux pommettes sont hypérémiées et la rougeur pourra être inégale quand les deux poumons seront inégalement envahis.

» 5° La congestion malaire se montre non-seulement dans la pneumonie, mais dans la plupart des autres phlegmasies pulmonaires, dans celles qui accompagnent la tuberculisation comme dans les pneumonies typhoïdes, et même les bronchites capillaires; elle paraît, d'ailleurs, portée à son maximum dans les pneumonies du sommet.

6° La production d'autres états morbides peut être favorisée par l'hypérémie habituelle de la face : c'est ainsi qu'une plaque d'érysipèle ultime s'est développée sur la joue du côté malade. Nous rapprocherons de ce fait la prédominance quelquefois observée des groupes d'herpès du côté correspondant à la pneumonie.

» 7° Pour expliquer la rougeur des pommettes, dans les maladies aiguës des poumons, on peut invoquer une excitation partie de leurs plexus nerveux, atteignant l'encéphale et se réfléchissant sur les nerfs respiratoires de la face. »

On a noté également la fréquence de l'*herpès labialis* chez les malades atteints de pneumonie, et l'on a attribué à ce signe un caractère pronostique favorable. L'*herpès labialis*, considéré par quelques auteurs comme un phénomène critique, n'apparaît guère avant le troisième ou quatrième jour de la maladie.]

Les malades se tiennent presque toujours couchés sur le dos, surtout lorsque les symptômes, et en particulier la douleur, sont très intenses, et que la maladie a fait de grands progrès.

(1) *Cours de médecine au collége de France.*
(2) *Union médicale*, avril et mai 1857.

une faiblesse plus ou moins marqués? Et d'ailleurs les choses ne se passent-s de la même manière dans les autres phlegmasies, sans qu'on y attache une ande importance? La pneumonie catarrhale diffère-t-elle aussi essentielle-e la pneumonie franche que le pense M. Grisolle? Dans l'épidémie de grippe 7, il a trouvé, il est vrai, quelques particularités assez intéressantes; mais me temps M. Louis constatait que les pneumonies soumises à son observation fraient pas sensiblement des pneumonies ordinaires.

ésumé, je ne crois pas que, sous le rapport pathologique, les diverses formes neumonie primitive aient autant d'importance qu'on a voulu leur en accor-ous verrons s'il en autrement sous le rapport du traitement : question lus intéressante.

re synoque péripneumonique. — Parmi les formes de la pneumonie, l'une s intéressantes est celle qu'a décrite M. Marrotte (1), dans un mémoire qui, l'être pas conçu d'après les idées le plus habituellement admises aujourd'hui, t pas moins digne de fixer l'attention des médecins. L'auteur veut démon-u'il existe une maladie identique, par ses causes, son début, ses symptômes ux, son type, sa durée, ses terminaisons critiques et même par son traite-avec la fièvre synoque simple, dont elle ne diffère que par la présence d'une n locale accessoire, la *pneumonie*, qui joue, pendant tout son cours, le rôle ple épiphénomène. Il existerait des synoques avec d'autres maladies locales, les constitutions (angines, érysipèles, etc.). Cette pneumonie est essentiel-t bénigne; en pareil cas, les médications actives sont habituellement inutiles e dangereuses, en ce qu'elles affaiblissent les malades beaucoup plus sûre-t qu'elles ne modifient la marche de la maladie.

synoque péripneumonique n'est pas rare. M. Marrotte en a vu vingt-sept cas 853; six, du 1er janvier au 1er mars 1855. Elle atteint surtout les jeunes gens, pour causes habituelles un refroidissement, les écarts de régime, les excès. Elle rement précédée de prodromes; le plus souvent le début en est marqué par rissons prolongés et suivis de sueurs. Une céphalalgie intense, un état saburral pé, existent dans les premiers jours; les forces sont considérablement abat-La fièvre est en général peu intense, et les pulsations atteignent rarement le e de 120. Le maximum d'intensité est tantôt le deuxième, tantôt le quatrième après quoi commence la décroissance. Il y a toujours des phénomènes cri-s, qui sont de l'herpès, des sueurs ou des urines sédimenteuses, de la diar-des épistaxis, des taches érythémoïdes. Ces crises ont lieu, soit le quatrième, septième jour. Les lésions pulmonaires restent le plus souvent au premier . En général, la matité, le souffle et la bronchophonie n'acquièrent pas cette é, cette résonnance métallique, qui indique une obstruction absolue du paren-e pulmonaire. Les signes de la phlegmasie du poumon disparaissent quelquefois apidement. Le pronostic est des plus bénins.]

Formes de la pneumonie consécutive. — Il n'en est que deux qui méritent d'être ionnées, ce sont la *pneumonie lobulaire* et la *pneumonie métastatique*. La ière, qui affecte presque exclusivement les enfants, doit ses caractères parti-rs à son siége. Elle est, en effet, constituée par des noyaux d'hépatisation dissé-

(1) Archives générales de médecine, juillet et août 1855.

le plus généralement admises, puis nous dirons quelle est l'importance qu'i
leur accorder.

La forme principale, celle à laquelle appartient spécialement la descrip
cédente, est la pneumonie purement inflammatoire, la *pneumonie franc*
dans certains cas, on observe, soit dans les symptômes, soit dans la ma
maladie, soit dans les circonstances qui ont entouré son développement,
cularités qui, aux yeux de beaucoup de médecins, lui donnent un ca
veau. Ainsi, lorsque la face est jaunâtre, la tête lourde, la soif peu vi
jaune ou verdâtre, et la bouche amère, avec un sentiment de plénitude
lorsqu'il y a des évacuations bilieuses, on dit que la *pneumonie est bi*
le monde sait que Stoll (1) a spécialement fixé son attention sur cett
ainsi que le fait remarquer M. Grisolle, avait été déjà signalée par
Mais Laennec, dont les éléments de diagnostic étaient bien plus préci
Stoll, trouvait que la pneumonie bilieuse était devenue fort rare. De
les bons observateurs ont constaté la vérité de cette assertion de Lae
là qu'une simple modification de la constitution médicale? Quoi qu
Martin-Solon (3) a regardé comme un signe précieux de cette form
la présence de la bile dans les urines, décelée par la coloration en
l'aide de l'acide nitrique.

Quand les symptômes généraux sont extrêmement intenses relati
due de l'inflammation, quand il survient une grande faiblesse, des fu
une vive agitation, du délire, etc., on dit que la pneumonie a
typhoïde, et on lui donne le nom d'*ataxique*, *adynamique*, etc.,
ptômes qui prédominent.

Si la maladie survient dans le cours d'un catarrhe pulmonair
règne une épidémie de bronchite ou de grippe, la pneumonie
catarrhale. La *pneumonie puerpérale* est celle qui survient chez
couches.

On a aussi observé une *pneumonie intermittente* et *rémittente*
lerons à l'occasion de la marche de la maladie. La *pneumonie trau*
qui succède soit à une violence extérieure, soit à l'introduction d'
dans les poumons.

Enfin on a été jusqu'à décrire des pneumonies *rhumatiques*,
vermineuses. Mais, comme le fait remarquer M. Grisolle, on n'ad
d'hui, avec raison, l'existence de ces formes, fondées sur des faits s

Maintenant quelle importance faut-il attacher à toutes ces distin
ticularités ont-elles une si grande valeur que le praticien doive s
entièrement par elles? Je ne le pense pas. Certes, si les diverses c
nous venons d'énumérer donnaient à la maladie un caractère nou
les regarder comme autant d'indications à saisir; mais en est-il
La pneumonie bilieuse, que présente-t-elle de si remarquable qui
quoique à un moindre degré, dans les autres? N'en est-il pas de m
monie typhoïde? N'y a-t-il pas, dans toutes les pneumonies, une ag

(1) *Ratio medendi*, pars I, p. 6.
(2) *Hist. hepatica*. Genève, ... I, p. 235.
(3) *De l'albuminurie*. Paris, 1838, p. ...

[redacted]

tement, une faiblesse plus ou moins marqués? Et d'ailleurs les choses ne se passent-elles pas de la même manière dans les autres phlegmasies, sans qu'on y attache une aussi grande importance? La pneumonie catarrhale diffère-t-elle aussi essentiellement de la pneumonie franche que le pense M. Grisolle? Dans l'épidémie de grippe de 1837, il a trouvé, il est vrai, quelques particularités assez intéressantes; mais en même temps M. Louis constatait que les pneumonies soumises à son observation ne différaient pas sensiblement des pneumonies ordinaires.

En résumé, je ne crois pas que, sous le rapport pathologique, les diverses formes de la pneumonie primitive aient autant d'importance qu'on a voulu leur en accorder; nous verrons s'il en soit autrement sous le rapport du traitement : question bien plus intéressante.

[*Fièvre synoque péripneumonique.* — Parmi les formes de la pneumonie, l'une des plus intéressantes est celle qu'a décrite M. Marrotte (1), dans un mémoire qui, pour n'être pas conçu d'après les idées le plus habituellement admises aujourd'hui, n'en est pas moins digne de fixer l'attention des médecins. L'auteur veut démontrer qu'il existe une maladie identique, par ses causes, son début, ses symptômes généraux, son type, sa durée, ses terminaisons critiques et même par son traitement, avec la fièvre synoque simple, dont elle ne diffère que par la présence d'une affection locale accessoire, la *pneumonie*, qui joue, pendant tout son cours, le rôle de simple épiphénomène. Il existerait des synoques avec d'autres maladies locales, suivant les constitutions (angines, érysipèles, etc.). Cette pneumonie est essentiellement bénigne; en pareil cas, les médications actives sont habituellement inutiles et même dangereuses, en ce qu'elles affaiblissent les malades beaucoup plus sûrement qu'elles ne modifient la marche de la maladie.

La synoque péripneumonique n'est pas rare. M. Marrotte en a vu vingt-sept cas en 1853; six, du 1er janvier au 1er mars 1855. Elle atteint surtout les jeunes gens, et a pour causes habituelles un refroidissement, les écarts de régime, les excès. Elle est rarement précédée de prodromes; le plus souvent le début en est marqué par des frissons prolongés et suivis de sueurs. Une céphalalgie intense, un état saburral marqué, existent dans les premiers jours; les forces sont considérablement abattues. La fièvre est en général peu intense, et les pulsations atteignent rarement le chiffre de 120. Le maximum d'intensité est tantôt le deuxième, tantôt le quatrième jour; après quoi commence la décroissance. Il y a toujours des phénomènes critiques, qui sont de l'herpès, des sueurs ou des urines sédimenteuses, de la diarrhée, des épistaxis, des taches érythémoïdes. Ces crises ont lieu, soit le quatrième, soit le septième jour. Les lésions pulmonaires restent le plus souvent au premier degré. En général, la matité, le souffle et la bronchophonie n'acquièrent pas cette âpreté, cette résonnance métallique, qui indique une obstruction absolue du parenchyme pulmonaire. Les signes de la phlegmasie du poumon disparaissent quelquefois très rapidement. Le pronostic est des plus bénins.]

4° *Formes de la pneumonie consécutive.* — Il n'en est que deux qui méritent d'être mentionnées, ce sont la *pneumonie lobulaire* et la *pneumonie métastatique*. La première, qui affecte presque exclusivement les enfants, doit ses caractères particuliers à son siége. Elle est, en effet, constituée par des noyaux d'hépatisation dissé-

(1) *Archives générales de médecine* [illegible] août 1855.

minés dans les poumons ; il en résulte que la percussion ne fait entendre aucune matité, et que l'auscultation ne fait reconnaître d'autre bruit qu'un râle sous-crépitant disséminé comme les noyaux d'hépatisation. La pneumonie métastatique est encore plus dépourvue de tout symptôme propre; mais comme elle ne constitue qu'une complication, je n'y insisterai pas.

Cette absence de signes diagnostiques me conduit à dire un mot des *pneumonies latentes.* Les anciens, qui étaient privés de l'auscultation et de la percussion, devaient trouver beaucoup plus que nous de pneumonies latentes. Ces deux moyens d'exploration nous servent, en effet, non-seulement à nous faire diagnostiquer la pneumonie, mais encore à nous faire apprécier la valeur de quelques symptômes obscurs, tels qu'une toux peu violente, un peu de dyspnée, etc., qui seraient passés inaperçus. Mais dans les cas de pneumonie lobulaire, les signes physiques manquent presque entièrement, la pneumonie peut encore être latente dans toute la force du mot. Chez les sujets affectés de délire, chez les aliénés, elle peut également se développer sans donner de signes bien tranchés, comme toutes les autres phlegmasies; aussi doit-on, au moindre soupçon, recourir avec empressement à l'auscultation et à la percussion, qui seules peuvent fournir des renseignements utiles.

Il peut arriver que les malades, n'éprouvant qu'un malaise supportable, ou redoutant l'hôpital, continuent leurs occupations pendant plusieurs jours avec une pneumonie assez considérable. C'est ce qu'a vu M. Saucerotte (1) sur des militaires ; c'est aussi ce qu'on voit tous les ans à la Salpêtrière. Mais, dans ce cas, la pneumonie n'est pas, à proprement parler, latente, puisque le médecin peut aussi facilement la découvrir ; elle est ordinairement cachée par le malade, qui a assez de force pour cela.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la pneumonie est rapide. Le plus souvent elle présente des exacerbations plus ou moins marquées le soir. Parfois même il y a une *rémittence*, et même une *intermittence* bien caractérisées. Le *frisson* par lequel débutent les accès, et la régularité de ces accès, le prouvent. Ce n'est guère que dans les pays marécageux ou dans certaines épidémies que la pneumonie affecte la *forme intermittente*, qui se présente ordinairement sous le type quotidien ou tierce. Il est bon toutefois de ne pas perdre de vue la possibilité de son existence, car la vie du malade peut en dépendre. C'est d'ailleurs un précepte qu'il ne faut jamais oublier, que celui d'avoir toujours présente à l'esprit l'intermittence possible de la maladie qu'on observe.

La *durée* totale de la pneumonie ne dépasse pas ordinairement vingt jours; il est bien rare qu'elle soit au-dessous de sept. Il faut se défier de ces histoires de pneumonies emportées en deux ou trois jours, et qui, presque toujours doubles, n'arrivent cependant point au deuxième degré. On verra à l'article *Diagnostic* qu'on a souvent, dans ces cas, confondu le râle sous-crépitant de la bronchite avec le râle de la pneumonie. Le passage du premier au second degré, et du second au troisième, ne dure ordinairement pas plus de trois ou quatre jours; quelquefois il s'accomplit en moins de temps.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1846, [illegible]

plus grand nombre des cas, la pneumonie se termine par la guérison.
résolution de l'inflammation, donnant lieu aux phénomènes indiqués ou
ent les signes fournis par la percussion et l'auscultation persistent long-
s la disparition de tous les autres symptômes. Cette terminaison a
lieu dans le cours du premier degré ; elle succède ordinairement
uelquefois au troisième. Il est extrêmement rare que la maladie passe
nique. La pneumonie, comparée aux autres phlegmasies, est une de celles
minent souvent par la mort. C'est encore dans le cours du second
degré que survient la terminaison fatale.

§ V. — Lésions anatomiques

…ont été, dans ces derniers temps, étudiées avec le plus grand soin
…les plus grands détails. Ne perdant pas de vue le but de cet ouvrage
…ontenterons de les énumérer rapidement.
…ennec, on admet généralement trois degrés dans la pneumonie
…dans un simple engouement du poumon ; le second dans l'hépatisation
…ration rouge de Laennec, ramollissement rouge de M. Andral
…l'hépatisation grise (ramollissement gris de M. Andral
…e). M. Stokes (1) a décrit deux nouveaux degrés. Nous en parlerons
…ions d'abord ceux que je viens d'indiquer.
…nt, nom donné par Bayle (2) au premier degré d'inflammation
…caractérisé par une couleur livide ou lie de vin, par une augmentation
…e, l'absence de toute crépitation, la perte de l'élasticité
…grande cohésion, l'écoulement à la coupe d'un liquide séro-sanguinolent
…, et un commencement de friabilité. Cependant la texture
…n'est pas détruite, et les portions de tissu engoué surnagent encore
…plonge dans l'eau. Dans ce cas, suivant M. Barthez
…es vésicules sont toutes ou en partie pénétrées par lu.
…premier degré de l'hépatisation, la coloration de l'organe
…marbrée à l'intérieur, où les cloisons interlobulaires
…est lourd, compacte, très friable ; des fragments
…Si on l'incise, il n'en sort qu'une quantité médiocre
…aéré. Sur la surface résultant de l'incision, on
…ulations, toutes d'une grosseur à peu près égale
…qui sont plus apparentes encore quand on déchire
…(3) a encore remarqué que, lorsque l'hépatisation
…e et complète à l'insufflation, à moins que le tissu ne soit
…sous l'influence d'un souffle vigoureux ; dans ce cas les
…d'air. Mais n'oublions pas encore que M. Gairdner
…umon mêlé à l'hépatisation, et qu'en cet état le tissu

(1) A treatise on the diagnostic and treatment of diseases of the chest.
(2) Recherches sur la phthisie pulmonaire, … XVII.
(3) Séances de la Société méd. des hôpitaux de Paris (Union médicale…
Ibidem.

, rares ,
herchés a
de véritab
la plèvre ,
le s
es sy
dar
râl

Les mêmes caractères se montrent dans le second degré, c'est-à-dire dans l'hépatisation *grise*, ou mieux *infiltration purulente*. La différence la plus notable est que le tissu malade a pris une couleur grise ou jaunâtre, qui d'abord se montre par points disséminés, lesquels finissent par se réunir. Si l'on pratique une incision dans les points occupés par cette altération, il s'en échappe un liquide épais, opaque, d'une odeur fétide : c'est le pus plus ou moins mélangé de sang et de mucus qui infiltrait l'organe. La friabilité est très grande : il suffit d'une faible pression pour réduire le tissu en pulpe.

Il est une quatrième espèce de lésion sur la nature de laquelle on a élevé quelques doutes : c'est celle qui a reçu le nom de *splénisation*. Le tissu est d'un rouge vineux, flasque, très friable, gagne le fond de l'eau, laisse écouler beaucoup de liquide rouge foncé, et n'offre point ordinairement de granulations. M. Mériadec Laennec (1) regarde cet état du poumon comme le résultat d'une congestion hémorrhagique ; mais M. Grisolle l'a trouvé dans des cas où tous les symptômes de la pneumonie avaient existé. C'est donc là une forme anatomique rare de la pneumonie.

A ces degrés, M. Stokes en a, ai-je dit, ajouté deux nouveaux. Le premier précède même l'engouement. Voici comment il est caractérisé : « Le poumon est plus sec qu'à l'état naturel ; il présente une forte injection artérielle. Point d'effusion de sang dans les cellules. » M. Stokes a trouvé des signes qui, pendant la vie, indiquent ce premier degré de la pneumonie : c'est une respiration puérile très intense, qui précède le râle crépitant. Sous le point de vue pratique, cette distinction n'a pas une importance majeure, car ce phénomène est de très courte durée, et l'on n'est, pour ainsi dire, jamais appelé à temps pour le constater. Quant au cinquième degré de M. Stokes, c'est l'abcès du poumon, que les autres auteurs ont rangé dans les terminaisons de la pneumonie.

[L'étude de l'anatomie pathologique dans la pneumonie comprend non-seulement l'examen microscopique, mais encore celui de l'expectoration, et les auteurs allemands ont surtout insisté sur cette sorte d'études. M. Remak (de Berlin) a publié sur ce sujet d'intéressantes recherches (2), desquelles il résulte que la présence dans les crachats des pneumoniques de *concrétions bronchiques ramifiées* est un phénomène constant, se montrant surtout à la période d'exsudation de la pneumonie. Ces concrétions surviennent du troisième au septième jour, alors que le râle crépitant est le plus marqué. C'est à tort que cet état pour ainsi dire normal de la pneumonie a donné lieu à l'expression de *pneumonie fibrineuse*. Il n'y a aucun rapprochement à faire entre ces lésions anatomiques et celles qui caractérisent la bronchite pseudo-membraneuse.

M. Gubler a publié sur le même sujet (3) une note dont nous extrayons le passage suivant : « Dans la pneumonie franche et intense, qu'on peut appeler hémorrhagique, le sang est ordinairement épanché en assez grande quantité pour ne pas être immédiatement entraîné avec les mucosités bronchiques ; il se coagule non-seulement dans les vésicules pulmonaires, mais aussi dans les bronches déliées qui en

(1) *Note du Traité d'auscultation*, par Laennec, t. I, p. 396, 3e édit.

(2) *Clinique de Schœnlein*, in-8. Berlin, 1845. — *Arch. de méd.* Paris, 1846.

(3) *Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie*, 2e série, t. II, année 1855. Paris, 1856, p. 62.

irtent et même dans des ramifications bronchiques d'un calibre plus considérable. ans les vésicules pulmonaires, les petits caillots sanguins constituent les granula-ons de l'hépatisation rouge. Quand ces petits caillots sont décolorés, ils caractéri-ent une forme particulière d'hépatisation grise, plus remarquable chez les vieillards. ans les tuyaux bronchiques, les caillots sanguins forment ces concrétions arbores-entes dont il s'agit dans cette communication, lesquelles sont plus ou moins rouges : fermes, plus ou moins décolorées et ramollies, suivant leur âge et d'autres cir-onstances. Les concrétions de la pneumonie diffèrent essentiellement par leur rigine et par leurs caractères de celles qui accompagnent les bronchites pseudo-membraneuses. »]

Chez les enfants et les vieillards, le tissu du poumon enflammé offre quelques articularités. Chez les nouveau-nés, nous avons trouvé la surface des incisions isse comme un marbre poli, sans aucune trace de granulation. On m'a fait observer que j'avais négligé de déchirer le poumon, ce qui est vrai. A l'aide de ce procédé, MM. Barthez et Rilliet ont, sur des poumons d'enfants d'un âge un peu plus avancé, constaté l'existence des granulations, lors même que le tissu était lisse à la coupe. Quant aux vieillards, Hourmann et M. Dechambre ont trouvé, chez un quart des sujets environ, le tissu malade exempt de granulations, comme chez les enfants. Sur plus de trente autopsies faites à la Salpêtrière, nous avons toujours constaté la présence des granulations dans tous les points hépatisés : je n'y ai pas vu de différence avec ce qu'on observe chez les adultes. Les faits observés par Hourmann et M. Dechambre n'en existent pas moins ; mais peut-être de nouvelles recherches en diminueront-elles encore la proportion.

Le *siége* de ces lésions est important à considérer. C'est le côté droit qui est le plus fréquemment envahi, et dans une proportion considérable, environ comme 2 est à 1. Il est rare que la pneumonie soit double, et il est douteux qu'on l'ait rencontrée telle au début. Les progrès de la maladie amènent ordinairement seuls ce résultat. La pneumonie double est beaucoup plus fréquente chez les enfants et les vieillards que chez les adultes. Le lobe inférieur est plus souvent affecté que les autres ; puis vient le sommet. Chez les enfants et les vieillards, la proportion des pneumonies du sommet augmente.

Les noyaux d'hépatisation disséminés constituent la *pneumonie lobulaire*. Autour d'eux on trouve parfois, ainsi que l'ont constaté MM. Rilliet, Barthez et Grisolle, une fausse membrane blanche et résistante.

Abcès des poumons. — Dans des cas proportionnellement très rares, mais dont on possède un certain nombre d'exemples, parce qu'on les a recherchés avec grand soin, il se forme, au lieu d'une simple infiltration purulente, de véritables collec-... de pus, des *abcès pulmonaires.* Tantôt très voisins de la plèvre, tantôt plus ...ds, ces abcès ne sont pas symptomatiquement bien connus ; le signe le plus ... est un crachement abondant de pus, survenant après tous les symptômes de ...; mais il n'existe que dans les cas où l'abcès se vide dans les bron-... signes stéthoscopiques indiqués par Laennec (gros râle muqueux, ... dans l'oreille, si l'abcès est superficiel), on en a très rarement ... Il serait donc inutile de décrire à part ces abcès et leur for-...

... varient beaucoup pour l'étendue...

durée sans que l'inspiration présente encore rien de remarquable.

Aux limites des points occupés par la respiration br[...]chique et la
on trouve très souvent ce même râle crépitant ou sous-crépitant q
ces signes : c'est qu'une nouvelle partie du poumon est envahie
les mêmes degrés d'inflammation. Chez quelques malades observ
solle, la transition de la crépitation à la respiration bronchique
d'une manière aussi simple. Elle avait lieu par l'apparition d'un b
comparé par cet auteur à celui que produit un morceau de taff
déchire. Il est bon d'être prévenu de l'existence de ce *bruit de t*
ne pas croire, en pareil cas, à l'existence d'une maladie différen
monie.

Plusieurs circonstances rendent difficile la manifestation de c
Quelques sujets respirent mal, retiennent leur haleine, sans qu'o
empêcher. Il faut alors les faire tousser ; car, pendant les grandes
précèdent et qui suivent la toux, le bruit anormal se produit ave
quefois même, par ce moyen, on rend évident un râle qui ne
alors que le sujet respire très bien. Chez les enfants, la respiration
leur donne la crainte rend l'altération du bruit respiratoire plus no
retentissement de la *voix*, on ne peut, chez les très jeunes enfants,
moyen du *cri*, qu'il faut toujours noter.

Chez un petit nombre de sujets, il n'existe ni respiration bronc
chophonie, mais bien une *absence* du bruit respiratoire et du reten
voix, dans les points occupés par la matité. On a vainement cher
compte de cette espèce d'anomalie, que M. Grisolle a maintes fois
l'adulte, et que j'ai constatée chez des enfants nouveau-nés. M. St
p. 326) pense que ce phénomène est dû à l'envahissement de tou
poumon, ce qui enlève à l'organe la faculté de se dilater pour adme
M. Grisolle a constaté l'existence de la respiration bronchique dan

bien du sommet du poumon. M. Boding a vu la mort survenir toutes les fois que ce signe s'est manifesté. Il faut nécessairement qu'il y ait eu, dans les cas observés par cet auteur, quelque chose d'exceptionnel, car tous les jours nous voyons des pneumonies du sommet qui ne présentent pas ce signe.

Les *enfants* et les *vieillards* ont une crépitation moins sèche, moins fine, moins égale que les adultes. Chez les nouveau-nés, la respiration bronchique paraît, dans un certain nombre de cas, remplacée par un affaiblissement du bruit respiratoire; à un âge plus avancé, elle ne se montre assez fréquemment que dans l'expiration. Enfin il est quelques cas bien constatés où l'auscultation ne fournit aucun signe. Les moyens de diagnostic sont alors les mêmes que ceux que possédaient les anciens et que le praticien ne doit pas négliger.

Pour compléter l'exposition des signes physiques de la pneumonie, je dois mentionner l'*augmentation des vibrations thoraciques* au niveau des points hépatisés. M. Monneret (1), dans d'intéressantes recherches sur la valeur de ce signe, a fait voir le parti qu'on peut en tirer.

Pendant que les phénomènes qui viennent d'être décrits se manifestent, les symptômes généraux qui existaient au début persistent, et il peut en survenir de nouveaux. Le *mouvement fébrile* se maintient ou fait des progrès; le pouls est en général ample, élevé, peu dépressible; quand il est très fréquent, il est aussi moins développé. La fréquence est, en général, en raison directe du nombre des inspirations. Chez les enfants et chez les vieillards, l'accélération du pouls demande parfois, pour être saisie, plus d'attention que chez les adultes.

On ne trouve rien de remarquable du côté du cœur. La *chaleur* de la peau est plus ou moins élevée, quelquefois âcre et brûlante, bien plus souvent humide et coïncidant avec des sueurs plus ou moins abondantes. L'*appétit* est perdu, la *langue* est blanche, pâteuse, couverte d'un enduit plus ou moins épais; dans les cas les plus graves, elle est sèche, aride, dure à sa surface, rouge, brunâtre, comme brûlée. D'après les recherches de MM. Hourmann, Dechambre et Grisolle, cet aspect de la langue se montre bien plus fréquemment chez le vieillard que chez l'adulte; la pneumonie est aussi bien plus grave chez le premier. La *soif* est presque toujours vive. Rarement les *vomissements* du début persistent; il y a quelquefois des nausées. La *diarrhée* n'a lieu que dans la minorité des cas; elle est ordinairement légère et s'accompagne de faibles douleurs abdominales. La *céphalalgie*, symptôme du début, se prolonge pendant plusieurs jours; elle est quelquefois très violente, occupe principalement le front et s'étend parfois à toute la tête. L'*insomnie*, l'*agitation* la nuit, quelques *étourdissements*, se remarquent quelquefois. Rarement on observe du délire, et surtout du coma. Quelques malades ont une ou plusieurs *épistaxis*. Chez tous les sujets les *forces* sont diminuées; quelques-uns éprouvent un affaiblissement beaucoup plus considérable que ne semblerait le comporter l'étendue de l'inflammation. La *face* est, chez un grand nombre, rouge et animée; la coloration est surtout vive aux pommettes. Néanmoins il ne faut pas regarder ce signe comme très important, ainsi que le faisaient les anciens; car : 1° dans un nombre assez considérable de cas, on trouve la face pâle dans tout le cours de la maladie; et 2° quand la maladie fait des progrès, la

(1) *Mémoire sur l'ondul*[illegible] (Revue méd.-chir. de Paris).

lividité, la pâleur, une coloration jaunâtre et terreuse, succèdent à la rougeur: c'est ce qu'on observe surtout lorsque la mort doit avoir lieu; les observateurs récents n'ont point noté, sur la face des enfants atteints de pneumonie, les traits que M. Jadelot avait indiqués comme appartenant en propre à cette maladie.

[Parmi les signes de la pneumonie, il en est un qui, connu depuis longtemps, est devenu l'objet de l'attention particulière des médecins physiologistes, depuis les travaux de M. le professeur Cl. Bernard, sur les effets de la section du filet cervical supérieur du grand sympathique (1) : nous voulons parler de la *rougeur* et de l'*augmentation de chaleur du côté correspondant de la face*. M. le docteur Gubler a fait de ce signe le sujet d'un récent mémoire (2). Les conclusions de cet auteur sont les suivantes :

« 1° La rougeur des pommettes qui coïncide ordinairement avec les inflammations pulmonaires n'est pas, comme on le pense généralement, un accident fortuit, mais bien un trouble fonctionnel en rapport avec l'affection des organes respiratoires.

» 2° Cette rougeur n'est pas nécessairement proportionnelle à l'étendue et au degré plus ou moins avancé de la lésion anatomique; elle suit, dans son intensité et sa marche, les allures du travail inflammatoire.

» 3° Une élévation toujours sensible, quelquefois considérable de la température (0°,50 à 5°,40) accompagne l'hypérémie et lui imprime le caractère d'une congestion active.

» 4° La joue congestionnée correspond au poumon qui est le siége de la phlegmasie, ou du moins à celui qui est le plus affecté. Si l'inflammation est double, les deux pommettes sont hypérémiées et la rougeur pourra être inégale quand les deux poumons seront inégalement envahis.

» 5° La congestion malaire se montre non-seulement dans la pneumonie, mais dans la plupart des autres phlegmasies pulmonaires, dans celles qui accompagnent la tuberculisation comme dans les pneumonies typhoïdes, et même les bronchites capillaires; elle paraît, d'ailleurs, portée à son maximum dans les pneumonies du sommet.

6° La production d'autres états morbides peut être favorisée par l'hypérémie habituelle de la face : c'est ainsi qu'une plaque d'érysipèle ultime s'est développée sur la joue du côté malade. Nous rapprocherons de ce fait la prédominance quelquefois observée des groupes d'herpès du côté correspondant à la pneumonie.

» 7° Pour expliquer la rougeur des pommettes, dans les maladies aiguës des poumons, on peut invoquer une excitation partie de leurs plexus nerveux, atteignant l'encéphale et se réfléchissant sur les nerfs respiratoires de la face. »

On a noté également la fréquence de l'*herpès labialis* chez les malades atteints de pneumonie, et l'on a attribué à ce signe un caractère pronostique favorable. L'*herpès labialis*, considéré par quelques auteurs comme un phénomène critique, n'apparaît guère avant le troisième ou quatrième jour de la maladie.]

Les malades se tiennent presque toujours couchés sur le dos, surtout lorsque les symptômes, et en particulier la douleur, sont très intenses, et que la maladie a fait de grands progrès.

(1) *Cours de médecine au collége de France*.
(2) *Union médicale*, avril et mai 1857.

Les symptômes que nous venons de passer en revue sont communs aux deux premières des trois périodes admises par plusieurs auteurs, et dont je parlerai à propos de la marche de la maladie. Parvenue au second de ces degrés, la maladie offre des phénomènes différents, suivant que la guérison doit survenir, que la mort doit avoir lieu, ou que le troisième degré doit se produire.

Dans le premier cas, les symptômes fébriles commencent par se calmer notablement; le pouls et la chaleur tombent, l'agitation disparaît, le sommeil est meilleur, la toux devient plus grasse, l'expectoration est plus facile; les crachats cessent ordinairement d'être sanglants; ils deviennent blancs, grisâtres; ils sont plus largement aérés; le point de côté disparaît. Si alors on ausculte chaque jour la poitrine, on sent diminuer la respiration bronchique; l'inspiration devient d'abord pure, puis l'expiration, en sorte que le souffle tubaire persiste plus longtemps dans la seconde partie de la respiration par laquelle il a commencé. Ordinairement on entend, dans les parties envahies les dernières, un râle crépitant ou sous-crépitant plus humide que celui qui existait d'abord, et qu'on a appelé *râle crépitant de retour*. Ce bruit gagne de proche en proche, en abandonnant les points qu'il a d'abord occupés, et où le murmure respiratoire revient à son état naturel : de sorte que les points envahis les derniers par l'inflammation sont les premiers guéris, et que la pneumonie se dissipe en sens inverse de son apparition. Cette marche mérite d'être notée; nous la retrouverons dans les autres phlegmasies. Enfin la face reprend son expression naturelle, et le malade entre en convalescence.

Lorsque la mort survient dans le cours de cette seconde période, les symptômes décrits plus haut conservent leur intensité, sauf la douleur, qui disparaît ordinairement. La gêne de la respiration augmente; l'expectoration devient plus difficile; les crachats sont petits, d'un gris sale, quelquefois striés, et même entièrement purulents. Au souffle bronchique se joint un gros râle muqueux; la face devient livide, terreuse; les traits se décomposent; la peau se couvre d'une sueur visqueuse; les extrémités se refroidissent; le pouls perd de sa force, augmente de fréquence et devient irrégulier. Enfin le *râle trachéal* survient quelque temps avant la mort; et, au milieu de ces terribles symptômes, l'intelligence conserve presque toujours son intégrité.

2° *Pneumonie consécutive.* — Cette espèce de pneumonie est caractérisée par des symptômes semblables à ceux qui viennent d'être décrits; mais quelques-uns manquent très souvent, et d'autres sont notablement modifiés. Ainsi le point de côté est beaucoup plus rare et généralement moins intense. La dyspnée est bien moins en rapport avec l'étendue de l'inflammation que dans la pneumonie primitive. La toux, moins violente, manque rarement. Les crachats caractéristiques ne s'observent, au contraire, que dans un petit nombre de cas. Les signes stéthoscopiques sont les plus importants. La crépitation est ordinairement plus grosse et plus humide; le souffle tubaire existe lorsque les sujets ne sont pas trop affaiblis. Enfin il y a une fièvre plus ou moins intense.

...us n'en dirons pas davantage sur cette pneumonie, lésion secondaire ou com-
...que nous avons voulu seulement mentionner ici à cause de sa gravité.

...*nes diverses de la pneumonie primitive.* — Depuis longtemps, mais ...uis le siècle dernier, on a beaucoup insisté sur les diverses formes que ... la pneumonie. Nous allons d'abord faire connaître celles qui ont été

Le plus souvent, pour arriver au diagnostic, il faut un groupe des divers symptômes que nous venons d'énumérer. Il est des cas où les signes, mis en regard les uns des autres, n'ont pas tous la même valeur, et enfin la marche de la maladie sert souvent à guider le médecin dans son jugement. Le lecteur sait bien que ce sont là des principes applicables au diagnostic de presque toutes les affections.

Pronostic. — M. le professeur Grisolle est encore l'auteur qui a étudié avec le plus de soin le pronostic de la pneumonie dans tous ses détails. Nous ne pouvons donc mieux faire que de le suivre.

La pneumonie est beaucoup plus grave chez les enfants très jeunes et chez les vieillards que chez les enfants qui ont passé l'âge de six ans et chez les adultes : c'est ce qui résulte des recherches de MM. Rufz, Gherard, Hourmann et Dechambre. Aux Enfants trouvés, nous avons vu périr tous les nouveau-nés affectés de pneumonie. A la Salpêtrière, la moitié des malades que nous avons soignées pendant l'hiver de 1857 ont succombé, et souvent on y observe une mortalité beaucoup plus considérable. Nous avons établi (1) la progression de la gravité de la maladie suivant l'âge. D'après les faits observés par MM. Chomel, Briquet et Grisolle, cette maladie est plus souvent mortelle chez les femmes que chez les hommes ; mais tout n'est pas encore dit à ce sujet.

Une constitution faible, détériorée, rend la pneumonie beaucoup plus grave. D'après les observations de M. Grisolle, cette affection devient plus dangereuse dans les récidives. Une mauvaise hygiène, la misère, les grandes fatigues, en augmentent la gravité. Il en est de même de l'ivrognerie, mais à un moindre degré qu'on ne le croit communément. Les pneumonies qui sévissent sous forme épidémique sont en général plus graves que les pneumonies sporadiques. D'après les recherches de MM. Andral (2), Briquet (3) et Grisolle (*loc. cit.*, p. 553), la pneumonie du sommet est la plus grave, et celle du lobe moyen la plus bénigne, toutes choses égales d'ailleurs.

L'oppression extrême, la grande fréquence du pouls, sa petitesse, les lipothymies, les syncopes, le délire, la diffluence du sang, les crachats jus de réglisse et de pruneaux, annoncent une grande gravité de la pneumonie. Il en est de même du passage au troisième degré, de la formation d'un abcès et de la gangrène pulmonaire.

Nous ne rapportons pas ici les opinions des anciens sur la valeur pronostique des symptômes, parce que les progrès de la pathologie, dans ces derniers temps, en ont fait connaître le peu de fondement. Nous citerons seulement pour exemple ce que Borsieri (4) dit de l'expectoration. Suivant lui, les crachats rouillés ou jaunes sont d'un favorable augure, tandis que l'expectoration d'un liquide semblable à de la salive est d'un mauvais présage. Évidemment les anciens, dont Borsieri est ordinairement l'interprète, n'avaient point de données suffisantes pour résoudre les divers problèmes qui se rattachent à l'histoire de la pneumonie.

Parmi les pneumonies primitives, celles qui présentent l'ensemble de symptômes auquel on a donné le nom d'état typhoïde sont les plus dangereuses. Les pneu-

(1) *Bulletin général de thérapeutique : Considér. sur la pneumonie des enfants.*
(2) *Clinique médicale*, t. III, p. 257.
(3) *Archives gén. de médecine*, série, t. IX, p. 30.
(4) *Institutiones med. pract.*, vol. IV,

[redacted]onsécutives survenant dans le cours des maladies aiguës ou chroniques graves hâtent presque constamment la mort des malades.

§ VII. — Traitement.

La gravité incontestable de la pneumonie, sous quelque forme que cette maladie se présente, suffit pour nous convaincre de l'importance extrême de son traitement. Il est bien peu de médecins qui croient pouvoir se passer d'une médication très active, et qui aient le courage de faire de la médecine d'expectation en présence de symptômes aussi alarmants. Des discussions très animées se sont élevées à propos de certaines méthodes de traitement; nous laisserons, autant que possible, parler les faits, lorsqu'il s'agira de résoudre ces questions litigieuses.

Émissions sanguines. — Puisque les anciens confondaient, comme on l'a vu plus haut, la pneumonie avec la pleurésie, on ne doit pas accorder une très grande confiance à leurs opinions sur l'utilité des divers moyens qu'ils ont mis en usage. C'est une réflexion qu'on ne peut faire sans regret, surtout quand on voit le soin extrême que les auteurs ont pris d'étudier la saignée dans toutes ses formes d'application. Nous n'indiquerons à ce sujet que les opinions principales des médecins qui ont écrit avant l'époque où le diagnostic des deux affections a été parfaitement établi.

Dès les premiers temps de la médecine, la *saignée générale* a été dirigée contre la pneumonie, et dès lors aussi ont commencé les divisions sur la quantité de sang qu'on devait tirer. Hippocrate parle à peine de la section de la veine dans la péripneumonie. Galien saignait beaucoup plus abondamment, mais non encore autant qu'on le fit dans la suite. Jusqu'au XVII[e] siècle, les médecins s'en tinrent à des saignées modérées, mettant en même temps en usage un grand nombre d'autres moyens. Ce fut alors que Sydenham (1) non-seulement proclama la grande influence de la saignée sur la terminaison de la pneumonie, mais encore recommanda avec force les saignées copieuses et répétées. Voici comment il procède :

TRAITEMENT PAR LES SAIGNÉES ABONDANTES ET RÉPÉTÉES (SYDENHAM).

Au moment où l'on arrive pour la première fois auprès du malade, une saignée de 310 à 320 grammes de sang. Si la douleur n'est pas dissipée, réitérer cette saignée dans la journée.

Si les principaux symptômes persistent, recourir au même moyen et de la même manière les jours suivants, jusqu'à ce qu'on en ait triomphé.

Si ces symptômes ont sensiblement diminué, séparer chacune des saignées suivantes par un intervalle d'un ou deux jours.

Cette méthode ne doit pas être absolument inflexible; il faut la modifier suivant l'âge, la force du sujet et la violence de la maladie.

C'était là, comme on le voit, user largement de la saignée. Cet exemple fut imité par un assez bon nombre de praticiens, parmi lesquels il faut citer en première ligne Sauvages (2), Cullen et Bosquillon. Le premier voulait que, dans la pneu-

(1) *Opera omnia*. Genevæ, 1757, t. I, p. 165, *Pleuritis*.
(2) *Nosologia methodica*, t. II, pars prima, p. 40[illegible] Amstelodami, 1763.

monie franchement inflammatoire, on tirât à un adulte jusqu'à 250 grammes de sang toutes les quatre heures. Borsieri (1) cite des *cliniciens très exercés* qui, dans la première saignée, enlevaient au malade jusqu'à 625 grammes de sang, et, *au bout d'un temps fort court*, en faisaient sortir une égale quantité par la même piqûre. Cet auteur approuve même cette pratique comme très utile dans le climat de l'Italie. Il dit que Sydenham ne tirait pas ordinairement au delà de 1000 grammes de sang chez un adulte ; mais qu'en Italie on se trouvait bien d'en enlever jusqu'à 2000 et 2400 grammes, et que l'enfance même n'était pas un motif pour épargner aux malades des pertes de sang très considérables. J. Sims (2) est un des premiers qui aient dit que par ce procédé on *jugulait* la maladie.

Ces opinions, fondées sur une expérience personnelle et presque toute de souvenir, ne peuvent être soumises à la critique ; des observations isolées et des raisonnements plus ou moins spécieux ne sauraient faire naître la conviction sur un point de thérapeutique. Je n'insiste donc pas sur ces assertions, et j'arrive aux auteurs modernes qui ont pu porter un diagnostic certain, et par conséquent appuyer leur opinion sur des faits positifs.

En Italie, et surtout à Pavie, les saignées sont largement pratiquées : c'est ainsi qu'à la Clinique de Pavie, le premier jour seulement, on pratique chez les adultes trois saignées, chacune de 500 grammes; que le second jour on en fait deux nouvelles de la même quantité, et que l'on continue les jours suivants à saigner les malades, quoique moins abondamment. M. Grisolle, qui a signalé ces faits, regrette avec raison de ne pas pouvoir en apprécier les détails. En France, M. le professeur Bouillaud a préconisé avec ardeur les évacuations sanguines abondantes, et a créé la formule à laquelle il a donné le nom de *formule des saignées coup sur coup.* M. Bouillaud (3) l'a fait connaître dans les termes suivants :

TRAITEMENT PAR LES SAIGNÉES COUP SUR COUP (BOUILLAUD).

Premier jour de traitement. — Une saignée du bras, de quatre palettes, matin et soir. Dans l'intervalle des deux saignées, on appliquera sur le côté douloureux trente sangsues, ou mieux des ventouses scarifiées, jusqu'à soustraction de trois à quatre palettes de sang.

Deuxième jour. — Une troisième saignée du bras, de trois à quatre palettes; et si la douleur de côté persiste, une nouvelle application de sangsues ou de ventouses comme celle de la veille.

Troisième jour. — La plupart des péripneumonies du premier degré et d'une étendue moyenne sont arrêtées et pour ainsi dire jugulées dès le troisième jour de ce traitement. Mais si la maladie persiste, il faut sans hésiter pratiquer une quatrième saignée du bras, de trois à quatre palettes.

Quatrième jour. — La péripneumonie, même quand elle est parvenue au second degré, si elle est simple et qu'elle ne soit pas trop étendue, résiste rarement au delà du quatrième jour. Dans les cas où elle résiste encore, on doit faire une cin-

(1) *Institutiones med. pract.*, vol. IV, cap. IV, *De pulmonum pectorisque inflammatione.*
(2) *Maladies épidémiques.* Avignon, 1778, chap. v, p. 123.
(3) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité.* Paris, 1837, t. III, p. 454.

quième saignée de trois palettes environ, et appliquer un large vésicatoire sur le côté malade.

Cinquième, sixième et septième jour. — Dans les cas les plus ordinaires, c'est-à-dire lorsque l'on a eu à traiter une péripneumonie qui n'a pas été au delà d'une certaine gravité, il ne s'agit plus que de surveiller attentivement les malades. La résolution se déclare et marche rapidement, et déjà l'appétit commence à se faire sentir. Mais, dans les pneumonies très graves, on est quelquefois obligé de pratiquer une sixième, une septième, une huitième et même une neuvième saignée du bras, un peu moins copieuse que les premières (deux ou trois palettes).

Dans les cas dont il s'agit, M. Bouillaud a été, dit-il, quelquefois obligé de retirer jusqu'à dix livres de sang, et le succès a couronné ses efforts.

En règle générale, ajoute M. Bouillaud, on ne doit renoncer aux émissions sanguines que du moment où la réaction fébrile et nulle ou presque nulle, et que la dyspnée, ainsi que la douleur, a cessé à peu près complétement. Si, comme toutes les règles générales, celle-ci comporte quelques exceptions, elles sont très rares.

M. Bouillaud est, comme on le voit, un des médecins qui accordent le plusde valeur aux émissions sanguines et qui en usent le plus largement. Quelques praticiens ont suivi son exemple, mais n'ont point fourni des documents suffisants pour qu'on puisse apprécier les effets réels de leur pratique. D'un autre côté, presque tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de la poitrine ont repoussé cette médication qui ne leur a pas paru appuyée sur des faits assez concluants; nous citerons entre autres MM. Louis, Chomel et Grisolle.

D'après ce qui précède, on voit que nous avons à examiner non-seulement quel est le degré d'efficacité de la saignée, mais encore quelle est sa valeur suivant son abondance et les époques plus ou moins rapprochées auxquelles on la pratique.

Aux yeux d'un grand nombre d'auteurs, la saignée a passé pour un moyen véritablement héroïque. Aux noms cités plus haut, nous pourrions en joindre une multitude d'autres : ainsi Botal, les deux Frank, Huxham, etc.; mais, comme on l'a fait sagement remarquer, quelques faits plus ou moins frappants ne suffisent pas pour établir la valeur d'un moyen thérapeutique; il faut des observations nombreuses, détaillées, convenablement étudiées, et c'est ce que ne nous ont pas fourni ces auteurs. Leur autorité perd par là beaucoup de sa valeur, et il importait de soumettre leur opinion à l'épreuve des faits. C'est la tâche que s'est imposée M. Louis (1), qui, analysant avec soin deux séries, l'une de soixante-dix-huit et l'autre de vingt-neuf cas de pneumonie, est arrivé à des résultats non pas entièrement opposés à l'opinion générale, comme on l'a dit et répété, mais bien différents. Cet observateur, tenant compte de toutes les circonstances, et examinant tous les symptômes, a reconnu que la saignée n'avait qu'une influence limitée sur la marche de la pneumonie; que cette influence a été plus marquée dans les cas où la saignée a été copieuse et répétée que dans ceux où elle a été unique et peu abondante; qu'elle n'a point jugulé la maladie. Néanmoins cette influence existe; elle est favorable, puisque la durée de la maladie a été abrégée, surtout lorsque la saignée a été pratiquée à une époque voisine du début : fait qui ne doit pas être

(1) *Recherches sur les effets de la saignée, etc.* Paris, 1835.

perdu pour le praticien, et qui prouve qu'il faut bien se garder de retarder l'emploi de ce moyen. M. Grisolle (voy. *loc. cit.*, p. 605) est arrivé aux mêmes résultats que M. Louis.

On vient de voir que, dans les cas observés par M. Louis, ce sont les saignées abondantes et répétées qui ont le plus d'influence. Ce fait paraît être en faveur de la méthode employée par M. Bouillaud; mais il y a si loin de la saignée telle qu'elle a été pratiquée par M. Louis à la formule de M. Bouillaud, que les faits ne sont plus comparables. Ceux qui ont été présentés par le dernier de ces deux auteurs doivent donc être examinés à part.

Si l'on ne considère que les résultats généraux fournis par M. Bouillaud, on est porté à regarder sa méthode de traitement comme infiniment supérieure à toutes les autres, puisque, suivant ses expressions, la mort ne serait plus qu'une exception rare dans une maladie dont personne ne conteste la gravité. Mais quand on entre dans les détails, que d'objections! Nous avons vu que l'âge avancé est une circonstance très grave, et que la maladie est beaucoup plus dangereuse chez les femmes. Or, chez les malades traités par M. Bouillaud, l'âge était peu élevé, et il n'y avait presque pas de femmes. Ne doit-on pas tenir compte de ces circonstances? M. Bouillaud fixe le terme de la convalescence à une époque plus rapprochée que les autres observateurs; ne faut-il pas avoir égard à cette différence quand on recherche la durée de la maladie? Mais nous ne pousserons pas plus loin cette discussion. M. Bouillaud n'a pas encore apporté en faveur de sa méthode des preuves assez convaincantes pour qu'un praticien puisse, à son exemple, se hasarder à répandre le sang de ses malades avec cette profusion. Si donc nous avons indiqué avec détail sa formule, ce n'est pas que nous conseillons son emploi, mais c'est que nous voulions la faire connaître, afin que si le médecin croyait, dans un cas donné, devoir y recourir, il ne fût pas exposé à l'altérer, comme on l'a fait maintes fois, ce qui, d'après M. Bouillaud, peut influer beaucoup sur le résultat.

Aujourd'hui on ne se demande plus s'il faut ouvrir la veine au bras du côté malade plutôt qu'à l'autre. Quelques médecins ont pensé qu'il était avantageux, dans les pneumonies étendues, de pratiquer la saignée *aux deux bras* à la fois. On rend ainsi la perte de sang beaucoup plus rapide, et l'on conçoit qu'il en résulte un effet avantageux; mais les faits manquent pour apprécier la valeur de cette opinion. Quelques auteurs ont conseillé de saigner à la jugulaire, d'autres au pied. En résumé, l'essentiel est d'obtenir un écoulement de sang facile et qui puisse être suffisamment abondant.

Il a paru à M. Louis que la saignée par la lancette avait une supériorité assez grande sur la saignée par les *sangsues* ou les *ventouses scarifiées*. Cette opinion est générale; aussi n'emploie-t-on guère ces derniers moyens que pour venir en aide aux saignées générales, et concurremment avec elles. C'est sur la poitrine même qu'on les applique. Borsieri (*loc. cit.*, p. 111) propose d'*inciser profondément* la peau du thorax, et d'y appliquer ensuite la ventouse. Mais quel fruit a-t-il retiré de ces profondes scarifications?

Chez les enfants très jeunes, on ne peut mettre en usage que les *sangsues* ou des *ventouses scarifiées* à la base de la poitrine; mais il ne faut pas hésiter, ainsi que l'ont conseillé plusieurs médecins, et entre autres J. Frank, à ouvrir la veine chez les enfants de huit à dix ans.

Notons néanmoins que quelques médecins, et en particulier M. Becquerel (1), proscrivent presque absolument les émissions sanguines du traitement des enfants. Cette manière de voir est exagérée. Tout ce qu'il faut dire, c'est qu'on doit être très réservé dans l'emploi de ce moyen chez les enfants très jeunes.

Quant aux vieillards, les observations de la plupart des médecins, et particulièrement celles de M. Foucart (2), prouvent qu'on peut en général user hardiment chez eux de la saignée générale.

Quelques médecins ont proposé d'*ouvrir les artères radiales* ou *temporales*. Borsieri rapporte qu'Avenzohar, étant affecté d'une pneumonie, s'ouvrit lui-même l'artère radiale ; cette pratique est justement proscrite.

En somme, la saignée modérée et pratiquée à des intervalles assez éloignés a une influence heureuse, mais beaucoup plus bornée qu'on ne le pensait; et il n'est point prouvé que les saignées coup sur coup aient toute l'efficacité qu'on leur a attribuée. Il est même des cas où tout le monde s'accorde à dire que la saignée ne doit pas être pratiquée, ou ne doit l'être qu'avec une grande réserve. Ces cas sont ceux où la constitution est détériorée, et par conséquent c'est parmi les pneumonies consécutives qu'on les trouve presque tous. Il ne faut pas toutefois se laisser abuser par une dépression apparente des forces; c'est au médecin, d'après la marche de la maladie, les antécédents et la constitution du malade, à juger de l'opportunité de la saignée. L'état du pouls est aussi un bon signe pour nous faire connaître s'il faut abandonner ou non la saignée. S'il reste fort, plein, dur, on doit insister ; si, au contraire, il devient faible, petit, concentré, on doit renoncer aux émissions sanguines. Mais il ne faut pas encore prendre pour un signe certain d'abattement des forces une dépression du pouls qui survient dans quelques cas graves; car, après la première ou la seconde saignée, on le voit parfois se relever, ainsi que les forces. Il n'y a donc point à ce sujet de règle fixe; l'examen attentif de la marche de la maladie et des principaux symptômes doit guider le médecin.

Émollients, boissons pectorales. — Les médicaments de ce genre ne peuvent être regardés que comme de simples adjuvants. Cependant quelques médecins se bornent à leur emploi dans la pneumonie, non pas parce qu'ils reconnaissent quelque vertu à ces remèdes, mais uniquement parce qu'ils regardent la pneumonie comme une maladie qui tend naturellement à la guérison, et que, selon eux, il s'agit seulement d'éloigner toutes les causes capables d'irriter le mal. M. Grisolle, ayant rencontré quelques pneumonies très bénignes, s'est borné à cette expectation, et il a vu que les principaux symptômes avaient une durée notablement plus considérable que dans des cas semblables où un traitement actif est mis en usage. Ce résultat n'est pas de nature à engager le praticien à agir de la même manière dans les pneumonies graves ; aussi n'est-il guère de médecins qui osent se borner ainsi au simple rôle de spectateurs. Cependant il faut noter que depuis cette époque on a cité un assez grand nombre de cas de pneumonies *qui ont guéri sans aucun traitement*, ce qui porte à penser que M. Grisolle n'a pas assez multiplié ses expériences. Les tisanes de *mauve*, de *guimauve*, de *bouillon-blanc*, édulcorées avec le sirop de

(1) *De l'influence des émissions sanguines* (*Arch. gén. de méd.*, 1824, t. V, p. 398 ; t. VI, p. 87).

(2) *Archives générales de médecine*, Paris, 1824, t. VI, p. 88.

gomme ou de capillaire; les décoctions de *dattes*, de *jujubes*, etc.; quelquefois des *cataplasmes* sur la poitrine, chez les jeunes enfants, tels sont les émollients qu'on prescrit habituellement et qu'on peut facilement varier.

Antimoniaux. — Les médicaments de cette espèce ont, en général, une action vomitive; c'est pourquoi, dans le traitement de la pneumonie, ils doivent être envisagés sous deux points de vue différents. Ils peuvent, en effet, être employés purement et simplement comme vomitifs dans les pneumonies réputées bilieuses, suivant la pratique de L. Rivière et de Stoll; ils font, en ce cas, partie de la méthode purement évacuante, et, selon ces auteurs, c'est au rejet d'une quantité de bile surabondante et donnant à la maladie un caractère particulier qu'est due principalement la guérison. Lorsque, au contraire, suivant les préceptes de Rasori, on emploie les antimoniaux, et principalement le tartre stibié à doses élevées, ce n'est plus seulement l'évacuation qui a un résultat favorable, puisque les bons effets peuvent avoir lieu sans évacuation, mais bien une action particulière du médicament, qui a servi de base à la théorie du contre-stimulisme en vogue en Italie. Commençons par étudier les antimoniaux sous ce dernier point de vue; nous rechercherons plus loin quel est le meilleur traitement des pneumonies bilieuses.

Émétique à haute dose. — Avant Rasori, on avait quelquefois prescrit ce médicament à une dose très élevée; mais c'est ce médecin qui a fait entrer cette médication dans la thérapeutique, et qui le premier a proclamé l'émétique à haute dose comme le remède le plus efficace contre la pneumonie. Ce n'était pas seulement dans le but de produire des évacuations qu'il administrait ce médicament, mais pour modifier profondément l'organisme, en le saturant pour ainsi dire d'une substance propre à combattre l'état de stimulus dans lequel se trouvent les malades. Je ne rappelle cette théorie qu'à cause de sa célébrité, car je n'oublie pas que, pour nous, l'explication ne doit venir qu'après le résultat. Examinons donc les faits.

Rasori a publié plusieurs mémoires (1) dans lesquels il a fait connaître les résultats de sa pratique. Ces résultats ne sont pas extrêmement satisfaisants, puisqu'il perdait de 14 à 22 sur 100 des malades qu'il soignait. M. Grisolle pense qu'il faut peut-être attribuer cette grande mortalité à la trop grande énergie avec laquelle le médicament était employé par Rasori. Mais comment résoudre de semblables questions, lorsque nous n'avons pas les détails des faits sur lesquels nous pourrions asseoir notre jugement? Laissons donc de côté les auteurs qui, par de simples assertions ou par des faits trop mal présentés, ont combattu ou soutenu les doctrines du médecin italien, et arrivons à Laennec, qui, le premier en France, a fait des expériences répétées sur l'action du tartre stibié à haute dose dans la pneumonie.

Laennec étant plus exact que Rasori dans l'appréciation de la maladie, les faits qu'il nous a fait connaître sont par cela même un peu plus importants. Il résulte des chiffres qu'il a donnés, et des corrections qui y ont été faites par Mériadec Laennec, que la mortalité a été d'environ 1 sur 18. Mais on a fait des objections très justes à la manière dont Laennec a présenté les faits : ne tenant compte ni de l'intensité de la maladie, ni de l'âge des malades, etc., il n'a pu parvenir qu'à

(1) *Opuscoli di med. clin. : Della peripneum infant e del curarle princ. col tartrato stibiato*, etc., trad. par M. Phil. Fontaneilles (*Arch. gén. de méd.*, t. IV, p. 300-415).

es résultats très vagues. Nous serions donc fort embarrassés pour apprécier la aleur du tartre stibié à haute dose, si M. Louis, et après lui M. Grisolle, mettant ans leurs investigations autant de rigueur que leurs prédécesseurs y avaient aporté de négligence, n'étaient venus dissiper notre incertitude. M. Louis (*loc. cit.*) vu l'émétique réussir chez les vieillards, dans des conditions très graves, au ilieu des symptômes les plus intenses, et lorsque la saignée n'avait pas empêché ı maladie de s'aggraver. Et non-seulement le chiffre de la mortalité a été comparativement assez faible, mais encore, sous l'influence immédiate de l'émétique, et lors même que de nombreuses évacuations semblaient devoir accabler les malades, n voyait les principaux symptômes s'amender, et bientôt après la convalescence 'établir. MM. Danvin (1), Téallier (2), Rayer (3), Trousseau et beaucoup d'autres ıédecins, ont cité des faits nombreux qui viennent confirmer les résultats obtenus ar M. Louis.

M. Grisolle (4), examinant les faits avec la même attention que M. Louis et sous us les points de vue, a reconnu que le tartre stibié à haute dose avait eu la plus eureuse influence, tant sur l'issue de la maladie que sur l'amendement rapide de us les symptômes et sur la durée de la convalescence, qui, à l'aide de ce traitement, n'est pas ordinairement de plus de trois ou quatre jours. Ces résultats sont onc du petit nombre de ceux qui sont appuyés sur des observations nombreuses, ncluantes et rigoureusement analysées.

A quelle dose faut-il administrer le tartre stibié? Rasori donnait ce médicaent à des doses énormes; on peut en juger par l'exposition très simple de sa éthode.

MÉTHODE DE RASORI.

1° Saignées plus ou moins copieuses, ou point de saignée.

2° Du *premier jour* du traitement au *quatrième*, *cinquième*, et quelquefois plus :

℞ Tartre stibié. de 0,60 à 1,20 gram. | Eau d'orge miellée.......... 1000 gram.

A prendre par tasses.

Renouveler cette dose *deux fois* dans la journée.

3° Après le *quatrième* ou le *cinquième jour* du traitement, diminuer progressiement la dose de l'émétique, ou même en cesser brusquement l'emploi, si l'améoration est très grande.

On voit que, dans le cours de la maladie, Rasori administrait habituellement de à 12 grammes de tartre stibié; mais ce n'était point là une limite qu'il hésitât à anchir, car, dans un certain nombre de cas, il employait jusqu'à *4 grammes 'émétique matin et soir*, et portait ainsi la dose totale à 60 ou 65 grammes. Il n'est onc pas permis d'indiquer avec précision les doses prescrites par Rasori.

On a vu que cet auteur tantôt employait la saignée, et même la saignée abon-

(1) *Journal universel hebdomadaire de médecine*. Paris, 1830, t. I, p. 121.
(2) *Du tartre stibié*. Paris, 1832.
(3) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ANTIMOINE.
(4) *Loc. cit.*, p. 628 et suiv.

dante, et tantôt se dispensait de tirer une seule goutte de sang. Cette circonstance sert à faire apprécier plus exactement les opinions théoriques de Rasori. Dans sa manière de voir, la saignée et le tartre stibié ont la même action contre les phlegmasies; le degré seul est différent. Il en résulte que, dans les cas où l'on néglige la saignée, on peut y suppléer en augmentant la dose de l'émétique, et que, dans le cas, au contraire, où l'on ménage l'émétique, il faut augmenter le nombre des saignées. Si Rasori accorde généralement la préférence à l'émétique, c'est qu'on peut le donner à des doses très élevées, sans avoir à redouter les inconvénients qui résultent de saignées trop copieuses et trop souvent répétées. Il s'ensuit, et c'est une remarque curieuse qui ne me paraît pas avoir été faite, que le propagateur de l'emploi du tartre stibié à haute dose, de cette médication qu'on oppose avec tant d'avantage aux saignées coup sur coup dans le traitement de la pneumonie, était en réalité partisan de cette dernière méthode, à laquelle il ne renonçait que dans la crainte de rendre le malade exsangue. Nous reviendrons bientôt sur ce point; nous nous contenterons de rappeler maintenant que, pour suivre exactement la méthode de Rasori, il faut d'autant plus élever les doses d'émétique, qu'on aura moins saigné le malade.

Les médecins qui, après Rasori, ont employé le tartre stibié à haute dose dans le traitement de la pneumonie, ont bien rarement administré une aussi grande quantité de ce médicament. On s'est borné, à l'exemple de Tommasini et de Laennec, à prescrire d'abord de *trois à quatre décigrammes* d'émétique dans une potion, et à augmenter progressivement la dose les jours suivants, jusqu'à 6 ou 7 décigrammes au plus. C'est là la pratique la plus générale aujourd'hui. Quelques médecins dépassent ces limites; mais comme leurs observations ne sont pas publiées en nombre suffisant, on ne peut dire s'ils le font avec ou sans avantage.

D'après Rasori, ces doses considérables de tartre stibié ne produiraient pas ordinairement de grandes évacuations; mais l'expérience journalière prouve qu'il y a dans cette assertion une exagération marquée. Après un ou plusieurs jours de l'emploi de l'émétique, il arrive assez fréquemment, il est vrai, que les évacuations s'arrêtent et qu'il y a ce que l'on appelle *tolérance;* mais le premier, le second jour, et souvent pendant toute la durée du traitement, les vomissements, et plus encore les selles, se font remarquer par leur abondance. Est-ce là un effet qu'on doive redouter? Ces évacuations abondantes peuvent-elles être regardées comme un accident auquel il faut remédier? ou bien, comme le pensent quelques-uns, seraient-elles la principale cause de la guérison? Ces questions sont bien difficiles à résoudre? Tout ce que nous pouvons dire pour notre part, c'est qu'à la Salpêtrière, où les pneumonies sont si graves, la grande abondance des évacuations pendant plusieurs jours ne m'a pas empêché d'insister sur l'emploi de ce médicament, et que le résultat a été tout aussi favorable dans ces cas que dans ceux où les évacuations avaient été peu abondantes dès le principe ou s'étaient bientôt modérées. Dans le but de rendre l'action évacuante de l'émétique moins violente, on ajoute à la potion de 3 à 10 centigrammes d'opium, de 15 à 60 grammes de sirop diacode, et quelquefois de 2 à 5 grammes d'eau distillée de laurier-cerise; mais on n'attribue aucune vertu curatrice à ces substances. Selon M. le docteur Ancelon (de Dieuze), ce qui empêche ordinairement la tolérance de s'établir, c'est qu'on donne aux malades des boissons trop abondantes. En diminuant notablement la quantité des

liquides, on obtient facilement ce résultat (1). Suivant M. Hérard (2), qui a publié un mémoire fort intéressant sur la pneumonie des enfants, on obtient facilement la tolérance en *n'employant que de l'eau distillée* pour dissoudre le tartre stibié, et en ajoutant un peu de sirop diacode à la solution.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que de l'action des saignées et du tartre stibié employés séparément ; mais il est peu de médecins qui fassent un usage exclusif de l'un de ces moyens. Presque toujours, à l'imitation de Laennec, on les combine de manière à emprunter à chacun d'eux son action. C'est une méthode qu'on peut appeler mixte, et qu'il importe d'apprécier. Disons d'abord comment procédait Laennec.

MÉTHODE MIXTE (LAENNEC).

1° Si les malades sont en état de supporter une émission sanguine considérable, pratiquez une saignée de 400 à 500 grammes.

2° Immédiatement après la saignée, administrez la potion suivante :

℞ Tartre stibié........... 0,05 gram.
Infusion légère et froide de feuilles d'oranger.......... 70 gram.
Sirop de guimauve........... 15 gram.

Mêlez. A prendre en une fois.

3° Répétez cette dose de deux heures en deux heures, jusqu'à ce que le malade en ait pris six ; puis laissez-le se reposer pendant sept ou huit heures, si le cas n'est pas très urgent. Si, au contraire, vous jugez qu'il y a urgence, continuez l'administration du tartre stibié sans interruption. Persistez dans l'emploi de ce traitement jusqu'à ce qu'il y ait un amendement marqué des principaux symptômes.

4° Si les premières évacuations vous paraissent trop abondantes, ou si la tolérance ne s'établit pas, ajoutez à la potion de 30 à 60 grammes de sirop diacode, ou bien de 5 à 10 centigrammes d'extrait d'opium.

5° Dans les cas où les symptômes seraient extrêmement intenses, n'hésitez pas à porter chaque dose de tartre stibié à 7, 10 et même 12 centigrammes, et toujours dans la même quantité de véhicule.

Telle est la manière dont Laennec traita la pneumonie dans les dernières années de sa pratique. Il a été imité, à quelques nuances près, par presque tous les médecins français. Dans les hôpitaux de Paris, cette médication est généralement adoptée ; c'est en l'employant que M. Louis a obtenu les résultats dont j'ai parlé plus haut, résultats favorables, qui ont été pleinement confirmés par les observations de M. Grisolle. En combinant ainsi la saignée avec l'émétique, on a obtenu une mortalité plus faible que par l'émétique seul. La convalescence a été, il est vrai, un peu plus longue ; mais c'est un inconvénient qui, dans le cas dont il s'agit, ne doit pas entrer en ligne de compte ; car, avant tout, il faut guérir.

L'enfance et la vieillesse ne doivent apporter que peu de modifications à ce traitement. Nous avons dit que, dans les hospices de vieillards, on l'employait

(1) *Considér. prat. sur l'administration du tartre stibié à haute dose, etc.* (*Union médicale* 22 juillet 1847).

(2) *Union médicale*, octobre 1847.

avec succès, et l'on sait que la considération de l'âge avancé, chez les sujets observés par M. Louis et traités de cette manière, est un des plus puissants arguments en faveur de l'utilité de ces moyens.

Prus (1) conseille d'administrer le tartre stibié chez les vieillards à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes, suivant la violence du cas, mais il fait précéder l'administration de ce remède de une, deux ou trois saignées. Il recommande surtout, lorsqu'il est survenu une amélioration même notable, de ne pas croire la maladie terminée, car elle a une tendance très grande à reparaître, et c'est alors qu'il faut administrer le tartre stibié.

Dans le mémoire précédemment cité, M. le docteur Hérard a ajouté de nouveaux faits à ceux que possède déjà la science pour démontrer l'efficacité du tartre stibié dans la pneumonie, surtout chez les enfants. Pour lui, il faut que le médicament soit administré à haute dose et passe dans le torrent circulatoire.

Le médicament a été donné à la dose de 20 à 25 centigrammes chez les enfants de six ou sept ans, la convalescence s'est promptement établie, et il n'y a eu aucun accident. On a vu plus haut les moyens que l'auteur conseille pour produire la tolérance.

M. Fauvel (2), au contraire, donne aux vieillards l'émétique à faible dose. Après une, deux et même trois saignées, et le plus souvent après avoir donné l'émétique en lavage le premier jour, il administre, *jusqu'à salivation*, les paquets suivants :

℞ Calomel............... 0,40 gram.	Tartre stibié............... 0,05 gram.	
Opium............... 0,10 gram.		

Pour huit paquets. Dose : de cinq à douze.

M. Fauvel assure avoir obtenu, par ce moyen, des succès nombreux, mais l'usage du tartre stibié à haute dose nous paraît plus sûr.

Chez les enfants, le tartre stibié, combiné avec les saignées, a été donné à très haute dose, sans aucun accident et avec de très heureux résultats. C'est ce qu'on peut voir dans un mémoire de M. Blache (3), où sont rapportés plusieurs cas dans lesquels, à l'âge de neuf, douze et quatorze ans, l'émétique a été administré à la dose de 30, 40 *et même* 50 *centigrammes* dans une potion.

Ainsi, en examinant attentivement les faits, on ne tarde pas à se convaincre que la méthode mixte est la meilleure, et par conséquent on ne saurait trop insister sur la nécessité de l'employer avec rigueur et persévérance. Les détails dans lesquels nous sommes entrés à cet égard ne seront donc pas regardés comme trop longs; d'autant plus qu'ayant ainsi fait connaître la médication principale à suivre dans la pneumonie, nous nous bornerons à présenter en peu de mots ce que nous savons sur l'emploi de plusieurs autres [illegible]ts dont l'effica[illegible] très problématique, et qui n'ont été employ[illegible] cas parti[illegible]ns des vues théoriques.

Mais, avant de passer aux [illegible]apeu[illegible]

(1) *Journal de méd. et de chir.*, [illegible] t. VIII.

(2) Voy. *Union médicale*, 3 avril 1[illegible]

(3) *Archives gén. de méd.*, t. XV, p[illegible]

...*indications* du traitement par le tartre stibié à haute dose, et des *accidents* qu'il peut produire. On a placé au nombre des premières le mauvais état du tube digestif; mais on a répondu avec raison que le danger occasionné par l'inflammation du poumon était trop grand pour s'arrêter à cette considération, qui, dans un autre cas, serait importante. On en voit la preuve dans un fait très intéressant observé dans le service de M. Louis (1). Un malade atteint d'une dysenterie grave fut pris de pneumonie. M. Louis n'hésita pas à prescrire le tartre stibié à haute dose. La *tolérance s'établit* et le malade guérit. On a pensé que, chez une femme enceinte, les secousses produites par le vomissement pourraient provoquer l'avortement; mais les faits prouvent que la maladie le provoque bien plus fortement encore. On doit donc employer avec hardiesse le moyen le plus propre à dissiper la pneumonie. C'est la conduite qui a été tenue dans un cas rapporté par M. le docteur Labrunie (2), et il n'y a eu aucun accident pour l'enfant.

Quant aux accidents, ils consistent dans une irritation du pharynx et de l'œsophage, avec production de pustules ou d'ulcérations, ou bien dans un véritable empoisonnement par le tartre stibié. Dans le premier cas, il faut suspendre le médicament et donner les adoucissants ; dans le second, qui se manifeste par la pâleur, l'accablement, la décomposition des traits, le refroidissement des extrémités, une sueur visqueuse, la petitesse extrême du pouls, on remédie à ces accidents en administrant le vin, l'alcool, l'éther, en faisant des frictions stimulantes sur l'abdomen et les extrémités, et si les évacuations continuent avec trop d'abondance, en prescrivant l'opium.

E. Boudet, pour prévenir l'inflammation pustuleuse de la gorge, a donné les pilules suivantes :

℞ Émétique	3,20 gram.	Gomme arabique	1,50 gram.
Extrait d'opium	0,16 gram.	Poudre de guimauve	1,50 gram.
Extrait de laitue	4 gram.		

Pour trente-deux pilules, contenant chacune 0,1 gramme de tartre stibié. A prendre toutes les deux heures. Le premier jour à la dose de deux ou trois, le lendemain à la dose de cinq ou six.

Le tartre stibié n'est point la seule substance antimoniale qu'on ait employée à haute dose dans le traitement de la pneumonie. Le *kermès minéral* a été administré à la dose suivante :

℞ Kermès minéral	1 gram.	Sirop de fleur d'oranger	30 gram.
Eau distillée de tilleul	175 gram.		

A prendre par cuillerées.

On a même élevé la dose du kermès à 4 grammes.

Suivant MM. Trousseau et Pidoux (3), ce médicament aurait au moins autant ...ntages que l'émétique ; mais M. Rayer, qui l'a expérimenté avec soin, n'a ...nfirmé cette assertion. Quelques autres auteurs, tels que MM. Giacomini

... *hôpitaux*, août 1848.
... *connaissances médico-chirurgicales*, avril 1842.
... *hérapeutique et de matière médicale*, 6e édition. Paris, 1858, t. II, p. 744.

et Double, ont préconisé le kermès à haute dose; mais les faits manquent à l'appréciation. MM. Barthez et Rilliet citent quelques cas dans lesquels l'emploi de ce moyen s'est montré utile chez les enfants. M. le docteur Robin, de Mauriac (1), conseille le traitement de la pneumonie par le kermès minéral à haute dose, mais il ne l'élève pas au-dessus de 0,30 à 1,50 grammes. Dans les faits qu'il a observés, la mortalité a été d'un dixième; il n'y a pas eu d'éruption pustuleuse. En somme, il est plus que probable que ce remède a un certain degré d'efficacité; mais en a-t-il autant que l'émétique? c'est ce qui n'est nullement prouvé.

L'*oxyde blanc d'antimoine*, un moment mis à la mode par M. Trousseau, est aujourd'hui abandonné par ce médecin lui-même. Voici la formule qu'il prescrivait:

℞ Oxyde blanc d'antimoine de 1 à 10 gram. | Looch blanc........ de 150 à 200 gram.

A prendre par cuillerées.

D'après ce qui précède, on voit que l'efficacité du tartre stibié est seule rigoureusement démontré, et qu'il serait imprudent, jusqu'à nouvel ordre, de le remplacer par une autre préparation antimoniale.

Vomitifs, purgatifs. — Nous venons de parler des antimoniaux administrés comme ayant une vertu particulière contre la pneumonie. Mais ces médicaments, et principalement l'émétique, ont été aussi donnés depuis fort longtemps, et par un grand nombre de médecins, comme de simples *vomitifs*. C'est ainsi que Rivière prescrivait tous les deux jours *un décigramme* de tartre stibié, médication employée par M. Rayer (2), qui la place au même rang, pour l'efficacité, que celle de Rasori, et qui ne lui reconnaît d'autre inconvénient que de fatiguer beaucoup les malades. On sent que, pour faire admettre une pareille assertion, il faudrait donner une analyse exacte d'un bon nombre d'observations, car il ne s'agit pas là d'une question simple.

Quant aux autres vomitifs qu'on a mis en usage, nous n'avons de données importantes que sur l'*ipécacuanha*. Guersant (3) administrait ordinairement l'*ipécacuanha* à la dose de 20 à 30 centigrammes chez les très jeunes enfants; mais c'est surtout M. Broussonnet (de Montpellier) (4), qui a insisté sur l'emploi de cette substance, qu'il donne à haute dose ainsi qu'il suit:

℞ Ipécacuanha..... de 1,50 à 3 gram. | Eau bouillante........ 120 à 180 gram.

Faites infuser.

Quelquefois on ajoute:

Sirop diacode.............................. 15 à 30 gram.

A prendre par cuillerées.

Sous l'influence de ce moyen, précédé ordinairement d'une ou de plusieurs saignées, M. Broussonnet a vu la maladie céder rapidement, notamment dans une

(1) *Union médicale*, janvier et février 1848.
(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ANTIMOINE.
(3) Voy. *Union médicale*, 29 juin 1847.
(4) *Compte-rendu des maladies, etc.*, par M. Rességuier, hôpital général de Montpellier, service de M. Broussonnet (extrait de la *Gazette médicale de Montpellier*).

pneumonie double chez un vieillard de quatre-vingts ans; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que la tolérance s'est établie avec plus de facilité que lorsqu'on administre la potion stibiée.

M. le docteur Delioux (1) vante également l'action de l'ipécacuanha à haute dose dans la pneumonie; il se sert de ce médicament dès le début, conjointement avec les émissions sanguines. Sur 11 malades soumis à ce traitement, un seul a succombé.

L'ipécacuanha, dit-il, a été généralement toléré par l'estomac avec assez de facilité; il l'a été plus complétement encore par le tube intestinal, et loin de déterminer de la diarrhée, comme le font si souvent les antimoniaux, il a parfois laissé persister une constipation qu'il a fallu vaincre par les lavements laxatifs.

1° Il a ralenti, déprimé le pouls, tantôt progressivement, tantôt avec une promptitude remarquable.

2° Il a presque constamment provoqué la moiteur ou des sueurs plus ou moins abondantes.

3° Il a changé promptement les caractères pathognomoniques des crachats et facilité l'expectoration.

4° Il a paru activer la résolution des engorgements pulmonaires, la résorption des épanchements pleuraux.

C'est à l'observation ultérieure à confirmer ou à infirmer ces résultats.

Quant aux *purgatifs*, ils ont été employés dès la plus haute antiquité, mais il est impossible de leur accorder un haut degré d'efficacité. Lorsqu'on administre l'émétique à haute dose, ils sont inutiles, car les selles sont nombreuses; lorsqu'on emploie une autre médication, ils sont administrés à titre d'adjuvants, dans le but d'entretenir la liberté du ventre. L'*huile de ricin*, la *manne*, le *sulfate de soude* ou *de magnésie*, sont les purgatifs le plus fréquemment prescrits; je les rappellerai dans les ordonnances.

Mercuriaux. — Ce n'est guère que le *calomel* qui est employé. L'Angleterre est le pays où cette médication est le plus en usage. On l'associe presque toujours à l'opium, et l'on fait précéder son administration de la saignée. On le prescrit de la manière suivante :

℞ Calomel......... 0,30 à 0,60 gram. | Opium pulvérisé.... 0,08 à 0,15 gram.

Mêlez. Divisez en six ou dix paquets, suivant la dose. A prendre un toutes les trois ou quatre heures.

Dans le cas où il y a un trouble plus ou moins marqué des fonctions de l'estomac, on modifie ainsi qu'il suit la prescription :

℞ Calomel............ 0,10 gram. | Poudre de Dower........ 0,10 gram.

Mêlez. A prendre toutes les trois heures.

On peut continuer l'usage de ce médicament jusqu'à ce qu'il y ait un effet produit sur la maladie ou une action sur les gencives.

Quelle est la valeur de cette médication? On ne pourra pas le savoir tant que

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1851, t. XVI, p. 1231.

les faits ne seront pas présentés par les médecins anglais autrement qu'ils ne l'ont été jusqu'à présent. On emploie assez fréquemment, en Allemagne, le *mercure soluble* d'Hahnemann (sous-protonitrate ammoniaco-mercuriel); mais ce remède étant peu sûr dans sa composition, et aucun fait clinique de quelque valeur ne déposant en sa faveur, il est inutile de s'y arrêter plus longtemps.

Iodure de potassium. — M. le docteur Upshur (1) imagina, dans des cas très-graves, où les crachats devenaient purulents, où l'état était des plus alarmants, de donner de l'iodure de potassium à la dose de 1,25 grammes, en vingt-quatre heures, dans une infusion de houblon. Dans sept cas, il obtint un plein succès. C'est donc un moyen à tenter, bien qu'il soit à regretter que les observations de M. Upshur ne soient pas assez complètes pour qu'on puisse se faire une opinion bien arrêtée sur l'efficacité réelle de ce médicament en pareil cas.

Narcotiques. — On sait que les substances narcotiques sont fort souvent employées dans les affections de poitrine. Cependant beaucoup d'auteurs les ont repoussées du traitement de la pneumonie, craignant qu'elles n'augmentassent tous les symptômes d'excitation fébrile; mais soit qu'on les associe à des substances d'une autre espèce, soit qu'on les donne seules, elles n'ont point les inconvénients qu'on leur a supposés. L'*opium* est fréquemment administré; il agit comme calmant, et est très utile pour procurer quelque repos aux malades. La dose ordinaire est de 3 à 5 centigrammes par jour, quand on le donne seul. Quelques médecins anglais recommandent d'en administrer 15 centigrammes après la première saignée, afin d'empêcher la réaction; mais, ainsi que le fait observer M. Grisolle, il n'est pas démontré que ce but ait été atteint et que le résultat définitif ait été plus heureux qu'avec une autre médication.

Quelques auteurs ont plus particulièrement recommandé la *jusquiame noire*. Voici la formule adoptée par Hufeland :

℞ Racine de salep en poudre........................ 2 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau tiède.. 60 gram.

Ajoutez :

Eau de fleurs d'oranger...	10 gram.	Sirop de guimauve.......... 30 gram.
Extrait de jusquiame....	0,25 gram.	

Mêlez. A prendre par cuillerées à thé.

Rien ne prouve que l'emploi de cette substance soit supérieur à celui de l'opium.

Vésicatoires. — L'usage des vésicatoires dans la pneumonie a été extrêmement répandu. On pensait qu'ils hâtaient considérablement la résolution de l'inflammation. Les recherches exactes de MM. Louis et Grisolle ont appris qu'au plus fort de la maladie ces exutoires pouvaient ajouter à l'excitation fébrile et causer de

(1) *The medical Examiner* (Philadelphie, juin 1844 et 1845) : *De l'iodure de potassium dans les dernières périodes de la pneumonie.*

l'insomnie, et qu'à une époque plus avancée ils devenaient inutiles. MM. Barthez et Rilliet ont fait la même observation chez les enfants. Le vésicatoire doit donc être retranché du traitement de la pneumonie, surtout chez les enfants, auxquels il n'est que trop souvent appliqué, quoiqu'ils soient bien plus sensibles à son action excitante.

Diurétiques. — Parmi ces médicaments, le *nitrate* et le *sous-carbonate de potasse* sont ceux qui ont été le plus fréquemment employés. Le premier est mis en usage principalement par les médecins allemands. Le docteur Most (1) associe le nitrate au sulfate de potasse dans la formule suivante :

℞ Nitrate de potasse.........	8 gram.	Décocté de guimauve........	210 gram.
Sulfate de potasse.........	15 gram.	Sirop d'orgeat.............	30 gram.

Mêlez. Dose : une ou deux cuillerées à bouche, d'heure en heure.

Ce même médicament est regardé comme très efficace, dans la pneumonie des enfants, par le docteur Gœlis, dont voici la formule :

℞ Infusé de réglisse......	ââ 30 gram.	Nitrate de potasse........	1,30 gram.
Décocté de graine de lin.		Oxymel simple............	45 gram.

Mêlez A prendre par petite cuillerée d'heure en heure.

Martin-Solon (2) a donné le *nitrate de potasse* à haute dose, ainsi qu'il suit : 18, 24, 30 grammes dans trois litres de tisane pectorale sucrée, pour vingt-quatre heures.

Il a cité cinq cas dans lesquels la guérison a eu lieu à la suite de cette médication. Ces expériences ont-elles été répétées? Nous l'ignorons. Ce qu'il y a de certain, c'est que le nombre de cas rapporté par Martin-Solon est loin de suffire pour fixer notre opinion sur le degré d'utilité de ce médicament.

Le *sous-carbonate de potasse* a été principalement recommandé par Macagni (3). Ce médecin célèbre prescrivait :

℞ Eau commune.........	1000 gram.	Sous-carbonate de potasse.	25 ou 30 gram.

A prendre dans la journée pour unique boisson.

De quelques autres moyens recommandés par les auteurs. — Parmi les remèdes regardés comme contre-stimulants par les médecins italiens, l'*acétate de plomb*, la *digitale* et l'*acide prussique* méritent une mention. Ce sont les médecins allemands qui ont vanté l'acétate de plomb. Richter (4) unissait cette substance à l'opium, comme on peut le voir dans la formule suivante :

℞ Acétate de plomb.......	0,15 gram.	Eau de cerises noires.......	300 gram.
Laudanum de Sydenham..	1,20 gram.	Sirop de sucre..............	25 gram.

Mêlez. Une cuillerée à bouche toutes les trois, quatre ou cinq heures, suivant les cas.

(1) *Encyclopädie der gesammten Staatsarzneikunde*. Leipzig, 1838, t. I, p. 99.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, mai 1847.
(3) *Mem. della Soc. ital. delle scienze*, t. XI. Modena, 1804.
(4) *Rust's Magazine*, vol. XXXIX.

Lorsque la circulation est très active, cet auteur remplace l'eau de cerises pour par une infusion de 2 *grammes* de feuilles de digitale dans six verres d'eau. La *digitale* a été aussi employée par Rasori ; mais comme elle est à peu près abandonnée, qu'on n'a nullement démontré ses avantages et qu'elle peut avoir des inconvénients, il me suffira de citer la formule suivante, proposée par J. Frank, et dans laquelle ce médicament est uni au nitrate de potasse :

℞ Feuilles de digitale pourprée. 1,25 gram.	Eau de fontaine............ 650 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction à 500 grammes.

Ajoutez :

Nitrate de potasse.......... 4 gram.	Sirop simple.............. 30 gram.

Mêlez. Un demi-verre chaque demi-heure.

L'*acide hydrocyanique* (prussique), recommandé par Brera, Borda, Manzoni (1), a été remplacé en Italie par l'eau distillée de laurier-cerise, à laquelle on reconnaît les mêmes propriétés contre-stimulantes. Ces médicaments agissent-ils autrement qu'en portant du calme dans la respiration, c'est-à-dire agissent-ils autrement que les narcotiques dont nous avons parlé plus haut ? C'est ce dont il est permis de douter. M. Louis fait habituellement entrer de 2 à 4 grammes d'eau distillée de laurier-cerise dans la potion émétisée qu'il administre à ses malades.

L'*hydrochlorate d'ammoniaque* a été aussi fortement recommandé. J. Frank le prescrivait ainsi qu'il suit :

℞ Hydrochlorate d'ammoniaque. 4 gram.	Miel...................... 30 gram.
Gomme arabique.......... 12 gram.	

Faites bouillir quelques instants dans :

Eau.. Q. s.

A prendre par tasses toutes les deux heures.

Les *affusions froides* ou les *lotions*, recommandées par Hildenbrand et le docteur Campagnano (2), auraient besoin, pour être admises, d'une masse considérable de faits en leur faveur. La prudence veut qu'on les repousse, ainsi que l'administration de l'eau froide, déjà vantée par Mar. Ghisi (3). Cependant nous devons citer, comme renseignement, le fait suivant récemment publié (4) :

Un enfant de treize jours était sur le point de succomber à la période asphyxique d'une pneumonie lobulaire ; un grand nombre de moyens avaient été employés inutilement. En désespoir de cause, on l'*immergea dans l'eau froide*, ce qui occasionna le rejet de mucus et d'une substance comme purulente. Le soulagement fut immédiat, et l'enfant entra bientôt en convalescence.

(1) *De præcip. acid. pruss. med. facult. speci.* Patavii, 1818.
(2) *Observazione med. di Nap.*, 1834.
(3) *Lett. med.*, lett. 1, p. 33.
(4) *Bulletin de thérapeutique*, 30 mars 1850.

Une même réflexion s'applique à tous les médicaments que nous venons de mentionner : leur action n'est pas appuyée sur des faits ; on n'a en sa faveur que des faits insuffisants. Or, comme il s'agit d'une affection grave, qui menace les jours des malades, il serait imprudent de leur accorder trop de confiance et de les adopter dans des cas sérieux, surtout quand on possède une médication dont l'efficacité est incontestable : nous voulons parler de la saignée combinée avec l'émétique à haute dose.

Les *fumigations* émollientes ou narcotiques ne peuvent être considérées que comme des adjuvants, et la fatigue qu'elles causent compense, et au delà, leurs avantages ; aussi ne sont-elles guère mises en usage. Les fumigations excitantes, employées comme expectorants, sont plus nuisibles encore.

Les *bains chauds* n'ont pas, d'après les expériences de Chomel, les inconvénients qu'on pourrait bien leur supposer au premier abord ; mais comme il est fort douteux qu'ils aient de grands avantages, on les a abandonnés. Les *topiques émollients* sont employés à titre d'adjuvants. Quelques médecins prescrivent un *large cataplasme* sur la poitrine, surtout chez les enfants.

Nous pourrions ajouter ici un grand nombre de médicaments préconisés par les anciens : ainsi le *polygala*, la *scabieuse*, le *chardon-bénit*, plusieurs espèces de *diaphorétiques*, d'*expectorants*, de substances qu'on croyait propres à rendre les crachats moins visqueux, etc. ; mais accumuler ainsi des prescriptions dont rien ne prouve l'utilité, ce serait encombrer la pratique sans la servir.

Traitement de quelques formes particulières de la pneumonie. — On a vu plus haut quelles étaient les principales formes de la pneumonie. Y a-t-il une méthode de traitement pour chacune de ces formes, et, s'il y en a une, quelle est-elle ? Voilà ce qu'il me reste à examiner rapidement. On sera peut-être surpris de me voir élever quelques doutes à ce sujet. L'autorité des anciens médecins, les succès annoncés par Stoll dans le traitement des pneumonies bilieuses, et, dans ces derniers temps, les raisonnements et *les faits* apportés par M. Grisolle à l'appui de cette manière de voir, semblent ne laisser aucune place à la plus légère incertitude. Cependant, en étudiant la question avec beaucoup d'attention, voici ce que j'ai trouvé.

Il n'existe nulle part, sans en excepter l'ouvrage de M. Grisolle, une série de faits qui démontre évidemment que, dans une forme déterminée de la pneumonie, on doive modifier fondamentalement le traitement ordinaire. Plusieurs observations de pneumonie bilieuse sont rapportées, dans lesquelles l'emploi plus ou moins répété des émétо-cathartiques a été suivi d'une prompte amélioration ; mais n'observe-t-on pas les mêmes effets dans certaines pneumonies fort ordinaires traitées par les saignées et l'émétique à haute dose ? Stoll raconte, il est vrai, l'histoire d'une épidémie dans laquelle il a cru voir qu'il était nuisible de débuter par des émissions sanguines ; mais ne suffit-il pas de quelques cas très graves nécessairement mortels et s'offrant au médecin au début d'une épidémie, pour lui faire porter un pareil jugement ? Les faits cités par Stoll devaient d'ailleurs paraître bien plus extraordinaires à l'époque où il écrivait, que de nos jours. On ne savait pas, en effet, que les vomi-purgatifs répétés avaient une aussi grande influence sur la terminaison de la maladie, *quelle que fût sa forme ;* et témoin de quelques beaux succès obtenus sans le secours de la saignée, le moyen par excellence alors, on était

naturellement conduit à regarder comme d'une nature particulière les pneumonies qui cédaient facilement à ces moyens.

Ce que nous venons de dire des pneumonies bilieuses, nous pourrions facilement l'appliquer aux autres formes. N'avons-nous pas vu à l'Hôtel-Dieu, pendant l'épidémie de grippe, des pneumonies qui se présentaient sous forme adynamique, traitées par les spiritueux et les toniques, tandis qu'à la Pitié le traitement ordinaire avait tout autant de succès?

Nous pensons donc qu'il est fort important de ne point exagérer la valeur de ces diverses formes, quelles que soient les autorités qui nous engagent à y avoir égard. Qu'on ne donne pas, néanmoins, à nos paroles une portée qu'elles n'ont pas. Nous admettons volontiers que, lorsqu'il existe un symptôme prédominant, on doit diriger contre lui le médicament qui paraît le plus approprié; mais la base du traitement n'en doit pas moins être formée des deux moyens véritablement efficaces indiqués plus haut : la saignée et l'émétique à haute dose. Après ces considérations, exposons en peu de mots les médications particulières qui ont été proposées.

Traitement de la pneumonie bilieuse. — Rarement, suivant M. Grisolle, on doit se dispenser de la saignée; mais on ne doit pas y insister autant que dans la pneumonie franchement inflammatoire, et chaque saignée doit être moins copieuse. Stoll avait souvent recours aux émissions sanguines; mais nous avons vu que, dans certaines épidémies, il les proscrivait, les regardant comme nuisibles. Bientôt après la saignée, ou tout d'abord, on prescrit un éméto-cathartique; le suivant par exemple :

℞ Tartre stibié..........	0,10 gram.	Eau commune.............. 500 gram.
Sulfate de soude.......	15 gram.	

A prendre en trois fois, d'heure en heure.

Ce médicament peut être répété plusieurs fois; puis on administre des purgatifs : l'*huile de ricin* unie au *sirop de nerprun*, comme le faisait Corvisart; l'*eau de Sedlitz*, etc. Enfin on prescrit des *lavements purgatifs*, jusqu'à ce que l'embarras gastro-intestinal ait disparu, et que le teint se soit éclairci, ce qui coïncide ordinairement avec une grande amélioration des symptômes.

Traitement de la pneumonie dite typhoïde. — Les symptômes qui prédominent ordinairement dans cette forme de la maladie, sont les symptômes nerveux (*pneum. ataxique*) et la prostration (*pneum. adynamique*). Dans le premier cas, on prescrit plus particulièrement le *musc* et le *camphre*. Récamier est un de ceux qui ont le plus vanté le musc. On trouve quelques observations dans les recueils de médecine, où l'on voit la maladie se terminer favorablement après l'administration de ce médicament à haute dose; mais y a-t-il là une preuve évidente de son efficacité? Non assurément, et il faut, pour se prononcer, de nouvelles recherches. Récamier donne jusqu'à 120 centigrammes de musc dans les vingt-quatre heures. M. Accorinti (1) l'associe à d'autres substances, comme on peut le voir dans cette formule :

(1) *Il filiatre Sebezio*, 1836.

℞ Infusion de valériane..	250 gram.	Sirop de polygala.........	30 gram.
Musc..............	0,60 gram.	Kermès minéral..........	0,20 gram.

Mêlez. A prendre par grandes cuillerées, dans les vingt-quatre heures.

Le *camphre* n'est point employé seul. On peut, comme Richter (*Spec. Ther.*), l'associer au polygala sénéga, ainsi qu'il suit :

℞ Polygala sénéga.....	ââ 0,75 gram.	Camphre................	0,15 gram.
Sucre.............			

Mêlez. Faites une poudre ; divisez en six paquets, à prendre un toutes les trois heures.

Nous ne faisons qu'indiquer ces médicaments, parce qu'il est impossible d'apprécier exactement leur valeur.

Dans la pneumonie adynamique, on prescrit les toniques, et principalement le *quinquina* et le *vin*. Dans l'épidémie de grippe de 1837, M. Nonat eut recours au *vin de Malaga*, et il pense avoir mieux réussi qu'à l'aide du traitement ordinaire. M. Grisolle cite quelques faits dans lesquels, si le vin et le quinquina n'ont point eu tout le succès que l'auteur paraît croire, ils sont bien loin d'avoir été nuisibles. Faudrait-il expliquer avec les Italiens les bons effets du quinquina, en disant que ce médicament est un véritable contre-stimulant? Mais ce sont là des idées théoriques qui ne doivent pas trouver place dans cet ouvrage.

Traitement de la pneumonie intermittente ou rémittente. — Si l'on a pu saisir quelques signes d'intermittence, on ne doit pas hésiter à administrer le *sulfate de quinine*. Le *Bulletin général de thérapeutique* (15 mai 1851) cite, en effet, un cas de pneumonie rémittente qui fut traitée avec succès par ce médicament, après avoir résisté aux émissions sanguines et à l'emploi du tartre stibié.

Au reste, la recommandation précédente ne concerne pas plus particulièrement le traitement de la pneumonie que celui de toute autre maladie ; car, quelle que soit l'affection, le médecin doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'intermittence, afin d'être toujours prêt à agir en conséquence.

Traitement de la pneumonie hypostatique. — Cette forme de la maladie, dans laquelle le décubitus joue un si grand rôle, doit être traitée, suivant M. Piorry : 1° par la saignée; 2° par la *diminution des boissons* qui favoriseraient l'accumulation des mucosités; 3° par les *cordiaux*, les *analeptiques ;* 4° par les *expectorants ;* 5° par les *vésicatoires* sur le thorax; 6° par le *décubitus varié :* on fait asseoir le malade ; on le couche alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche. Sauf cette dernière partie de la prescription, ce traitement ne présente rien dont l'efficacité soit démontrée.

Des boissons *adoucissantes*, *émollientes*, prises en quantité convenable; une diète sévère au plus fort de la maladie, mais sur laquelle il ne faut pas trop insister, surtout chez les enfants et chez les vieillards, complètent le traitement.

Il arrive quelquefois que le poumon, même après que les symptômes les plus graves ont disparu, a de la peine à revenir à son état normal et reste hépatisé. En pareil cas, M. Louis (1) emploie l'*eau de Vichy*, qui lui a réussi, dans un cas, d'une manière très remarquable. Nous avons eu occasion d'employer le même médicament avec le même succès.

(1) *Gazette des hôpitaux*, mai 1847.

Tels sont les divers moyens employés contre cette grave affection. L'importance du sujet exigeait les développements dans lesquels je suis entré. Nous allons indiquer maintenant quelles sont les précautions générales qu'il convient de prendre.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

1° Faire garder au malade un repos complet, au lit.

2° Entretenir une température douce et uniforme dans la chambre; redouter presque autant une trop grande chaleur et l'encombrement, que le froid.

3° Changer fréquemment de position les enfants, les vieillards et les adultes affaiblis.

4° Prescrire un repos absolu des organes de la voix.

5° Dans le cas où des purgatifs ne feraient pas partie du traitement, administrer des lavements laxatifs, pour tenir le ventre libre.

[*Hygiène, expectation.* — Si l'abstention du médecin et le mépris des règles de la science et de la prudence sont des conditions qui augmentent la mortalité, il n'est pas moins vrai de dire que l'excès de zèle et le rigorisme, pour ne pas dire le fanatisme médical, ne sont pas un moindre mal dans quelques cas. Or, s'il existe une maladie en présence de laquelle le médecin puisse souvent se donner la satisfaction bien douce de voir guérir le malade sans aucune intervention active de l'art, c'est la pneumonie. Dietsch et Skoda ont montré, par des statistiques inattaquables, que la pneumonie guérissait souvent seule. Une démonstration non moins évidente est celle qui résulte, nous ne dirons pas des travaux, mais de la pratique singulièrement *inoffensive* des médecins qui prétendent employer les médicaments à doses infinitésimales. Les succès qui se sont produits pendant le cours d'un traitement qui peut être qualifié de pure expectation, ont donc montré que, dans certains cas, il était inutile de violenter une maladie qui devait guérir seule. Les cas de ce genre doivent être soigneusement recherchés. Nous avons cité le mémoire de M. Marrotte sur la synoque péripneumonique, et nous rappellerons ici les paroles si sages de cet observateur distingué : « L'inflammation du poumon participant de la nature bénigne de la maladie, c'est-à-dire atteignant bien rarement les limites extrêmes du second degré et jamais le troisième, occupant en général une étendue limitée, étant d'une solution facile, l'expectation est permise dans cette espèce pathologique ; elle est même commandée.

» Dans les cas qui réclament, par la gravité des accidents, une médication énergique, il faut surveiller attentivement l'effet des médicaments, et ne pas pousser trop loin l'action épuisante et toxique du tartre stibié.

» Les travaux modernes ont montré que, chez les vieillards, les forces devaient être l'objet de la préoccupation du médecin ; aussi le régime mérite-t-il d'attirer particulièrement l'attention du praticien. Il ne faut pas oublier que la pneumonie chez les ivrognes, ou même chez les gens que leur profession oblige à absorber habituellement une quantité considérable d'alcool, ne doit pas être traitée par les émissions sanguines multipliées ni par le tartre stibié à hautes doses, longtemps continué; que chez ces malades l'usage de l'opium, une boisson légèrement alcoolisée (eau vineuse), doivent être prescrits, surtout dans les cas de *delirium tre-*

mens, ou même de délire nocturne avec peu d'intensité dans les phénomènes fébriles.] »

Résumé, ordonnances. — De tous les phénomènes que nous avons passés en revue, il n'en est, comme on l'a vu, qu'un bien petit nombre qui aient pour eux la sanction d'une saine expérience. La saignée seule, employée modérément, a des effets limités; il n'est pas prouvé que les saignées coup sur coup aient les grands avantages qu'on a cru leur trouver. L'émétique à haute dose, employé seul, compte des succès évidents, et la combinaison de la saignée avec le tartre stibié à haute dose est le traitement qui, expérimenté et étudié avec le plus de soin, a produit les meilleurs résultats : voilà ce qu'il importe de savoir. Quant aux autres médicaments d'une efficacité hypothétique, ou n'agissant que dans des cas particuliers et contre de simples symptômes prédominants, ils ont bien moins d'importance. Appliquons maintenant, dans quelques ordonnances, ces divers traitements aux principaux cas qui peuvent se présenter.

Ire Ordonnance.

PNEUMONIE DE MÉDIOCRE INTENSITÉ, CHEZ UN ADULTE.

1° Pour tisane, infusion de fleurs pectorales, édulcorée avec le sirop de gomme.

2° Une saignée de 300 à 400 grammes pratiquée sans retard; la répéter deux ou trois fois les jours suivants, selon que les symptômes seront plus ou moins amendés.

3° Un julep gommeux, à prendre dans la journée.

4° Lavements émollients.

5° Diète absolue.

Ce traitement simple ne peut être suivi que dans les cas où tous les symptômes ont un caractère de bénignité. Il est rare qu'on puisse l'employer chez les enfants très jeunes et chez les vieillards; mais chez les *enfants âgés de huit ans et au-dessus*, on peut le mettre en usage, en réduisant la saignée à 150 ou 200 grammes, suivant l'âge, et en la réitérant avec plus de modération encore. Chez les vieillards, dans les cas rares où la pneumonie présente ce caractère de bénignité, on peut pratiquer la saignée presque aussi hardiment que chez les adultes. Quant aux enfants très jeunes, on remplace, en pareil cas, la saignée par une, deux ou trois sangsues à la base de la poitrine; mais il faut faire surveiller avec soin l'écoulement du sang et l'arrêter au bout de trois quarts d'heure environ.

IIe Ordonnance.

PNEUMONIE INTENSE, CHEZ UN ADULTE.

1° Pour tisane, infusion de mauve et de coquelicot, édulcorée avec le sirop de capillaire.

2° Immédiatement, saignée de 400 à 500 grammes; la répéter dans la journée, s'il est nécessaire; puis y insister les jours suivants, selon l'état des principaux symptômes et du pouls.

3° Si les symptômes ne s'amendent pas promptement, prescrire la potion suivante :

℞ Eau distillée de tilleul..	400 gram.	Sirop de gomme............	30 gram.
Tartre stibié.........	0,30 gram.		

Mêlez. A prendre par cuillerées à bouche, dans la journée.

Si les évacuations étaient trop abondantes, on aurait recours à la formule suivante, mise fréquemment en usage par M. Louis :

℞ Infusion de sureau.... 250 gram.	Eau distillée de laurier-cerise. 2 à 4 gram.
Tartre stibié......... 0,30 gram.	Sirop diacode .... 35 gram.

A prendre par cuillerées.

On peut varier beaucoup ces formules, et c'est ce que l'on a fait, mais sans avantages évidents. La dose du tartre stibié peut être augmentée et portée à 40 et 50 centigrammes; mais il n'est pas parfaitement démontré que cette augmentation ait tous les avantages qu'on lui a attribués. Quelques médecins, sans augmenter la quantité du véhicule, élèvent jusqu'à *un gramme et plus* la dose du tartre stibié; on ne peut conseiller une pareille pratique, en l'absence de preuves en sa faveur, lorsqu'on se rappelle les accidents que peut causer cette substance, et son action sur l'arrière-gorge.

Il est permis de dire que les deux ordonnances précédentes constituent la base du traitement. En les modifiant suivant l'âge, le sexe, la force de la constitution, on peut traiter presque tous les cas de pneumonie. Voici les principales de ces modifications.

Chez les vieillards : Être un peu plus sobre de la saignée; recourir plus promptement au tartre stibié ; le plus souvent le prescrire dès les premiers instants.

Chez les enfants : Être plus sobre encore de la saignée ; la remplacer, avant l'âge de huit ans, par deux, quatre, six sangsues, suivant l'âge, ou des ventouses scarifiées. Administrer promptement la potion suivante :

℞ Inf. de feuilles d'oranger. 150 gram.	Sirop de sucre............. 30 gram.
Tartre stibié.......... 0,10 gram.	

A prendre par cuillerées à thé.

Chez les femmes. La saignée doit être un peu moins abondante que chez les hommes, toutes choses égales d'ailleurs.

III° Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE BILIEUSE.

1° Pour tisane, eau d'orge miellée.

2° Ordinairement une ou deux saignées de 250 à 300 grammes.

3° ℞ Tartre stibié... 0,05 ou 0,10 gram. | Sulfate de soude............. 20 gram.

Faites dissoudre dans :

Bouillon aux herbes.................................. 500 gram.

A prendre par verres, tous les quarts d'heure.

4° Le jour suivant, une bouteille d'eau de Sedlitz, ou bien :

℞ Huile d'épurge.......... 8 gouttes. | Sirop d'écorce d'orange....... 30 gram.

A prendre en deux fois.

insister sur l'éméto-cathartique et le purgatif jusqu'à ce qu'il y ait un amendement marqué.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit plus haut à l'occasion de ce traitement.

IVe Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE TYPHOÏDE ATAXIQUE.

1° Pour tisane, légère infusion de tilleul sucré.
2° Une ou plusieurs saignées, suivant les cas.
3° Prescrire le musc à haute dose (voy. p. 724).

Ve Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE TYPHOÏDE ADYNAMIQUE.

1° Pour tisane :

℞ Fleurs de camomille romaine........................ 4 gram.

Faites infuser dans :

Eau bouillante. .... 1000 gram.

Édulcorez avec :

Sirop de quinquina.................................. 60 gram.

2° Être très modéré dans l'emploi de la saignée ; s'en abstenir dès qu'on s'aperçoit que les forces sont profondément abattues.

3° ℞ Décocté de quinquina...	150 gram.	Acétate d'ammoniaque liquide..	30 gram.
Teinture de cannelle...	10 gram.	Sirop d'écorce d'orange.......	30 gram.

A prendre par cuillerées.

4° Si les forces sont fortement déprimées, donner matin et soir de 20 à 50 grammes de vin de Malaga ou d'Alicante.

Je répète que les cas dans lesquels une pareille médication peut convenir sont au moins fort rares.

Chomel avait remarqué que l'usage d'une certaine quantité de vin était utile *chez des sujets habitués à s'enivrer;* mais c'est là une remarque générale, et qui s'applique aussi bien aux autres maladies aiguës dont ces sujets sont atteints.

La préparation d'antimoine et d'ipécacuanha, qui entre dans la composition de la formule suivante, me la ferait choisir de préférence dans le traitement de la pneumonie adynamique.

Camphre en poudre......	2 gram.	Soufre doré d'antimoine....	0,65 gram.
Ipécacuanha pulvérisé...	0,65 gram.	Sucre..................	25 gram.

Pulvérisez. Divisez en douze paquets, dont on prendra un toutes les deux heures.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Saignée, ventouses scarifiées, sangsues; adoucissants, émollients; tartre stibié à haute dose; vomitifs, purgatifs; mercuriaux; narcotiques; vésicatoires; diurétiques; acide hydrocyanique; fumigations, bains.

2° *Pneumonie bilieuse :* Saignée; éméto-cathartique, purgatifs.

3° *Pneumonie typhoïde :* Musc, camphre; toniques, spiritueux.

4° *Pneumonie intermittente ou rémittente :* Traitement de la fièvre intermittente pernicieuse.

ARTICLE IV.

PNEUMONIE CHRONIQUE.

Tous les auteurs conviennent aujourd'hui que la pneumonie chronique est excessivement rare; quelques-uns, tels que MM. J. Forbes, Stokes (1), sans émettre précisément une opinion contraire, pensent que cette affection, envisagée sous certains points de vue, est plus fréquente qu'on ne le croit. Mais on ne tarde pas à s'apercevoir : 1° qu'ils admettent comme pneumonie un commencement de tuberculisation; 2° que, dans les cas qu'ils signalent, il est souvent question d'une irritation chronique développée aux environs de quelques lésions organiques toutes différentes. Cette manière de voir se rapproche de celle de Broussais, qui regardait la phthisie pulmonaire comme une terminaison de la pneumonie, et de celle de M. Bouillaud, qui admet une pneumonie *tuberculisatrice.* Mais dans l'histoire de la phthisie on verra que l'étude des faits est contraire à cette opinion.

Il est toujours un fait incontesté, c'est que la pneumonie chronique simple est d'une rareté telle, que Laennec a pu se demander si elle existait réellement, et que M. Barth (2), sur cent vingt-cinq pneumonies aiguës dont il a recueilli les observations, n'a vu qu'une seule fois l'affection passer à l'état chronique. Or, c'est de la pneumonie chronique simple que nous devons dire quelques mots ici. Nous serons fort court, parce que cette affection, ne se présentant presque jamais, n'intéresse que fort peu le praticien. D'ailleurs elle est, par cela même, très imparfaitement connue.

Les *causes* de la pneumonie chronique sont encore fort obscures pour nous. Le plus souvent, c'est une pneumonie de médiocre intensité, survenue chez un sujet de mauvaise constitution, et qui, au lieu de se résoudre, passe à l'état chronique. L'influence de l'abus de la saignée, dans la pneumonie aiguë, est loin d'être démontrée. On dit avoir vu des pneumonies débuter avec le caractère chronique dans le cours d'une bronchite chronique.

Les *symptômes* observés dans le passage de la pneumonie aiguë à l'état chronique sont les suivants : Fièvre diminuée ou dissipée; disparition de la douleur; crachats blancs opaques, non visqueux, non rouillés; quelquefois appétit. Cependant la matité persiste, ainsi que la respiration bronchique et la bronchophonie; on entend ordinairement un gros râle muqueux, ou bien, comme on en a cité quelques exemples, on n'entend plus aucun bruit, soit normal, soit anormal. Presque

(1) *A treatise on diagnostic and treatment of diseases of the chest*, p. 353.

(2) Voy. Dictionnaire de médecine en 30 volumes, art. PNEUMONIE, p. 223.

toujours, suivant M. Bricheteau (1), l'auscultation sur le point où existe la matité fait percevoir une *forte répercussion des bruits et des battements du cœur*. La dyspnée persiste, ainsi que la toux, qui néanmoins devient plus humide et plus facile. La fièvre, qui d'abord avait diminué ou ne s'était montrée qu'à des intervalles irréguliers, augmente au bout de quelques jours et devient continue avec des redoublements le soir. Malgré le retour de l'appétit, ni les forces, ni l'embonpoint ne se rétablissent; plus tard l'appétit se perd encore, l'amaigrissement fait des progrès rapides, la peau reste sèche, et enfin le malade succombe dans le marasme. D'après les faits observés par M. Bricheteau, quand la maladie a une très longue durée et s'aggrave, le teint du malade devient jaunâtre, la face se bouffit, les pieds s'enflent, les forces s'anéantissent, et la mort arrive; quelquefois cependant elle paraît survenir à la suite d'une recrudescence qui présente les symptômes d'une maladie aiguë.

Telle est la description qu'il est permis de présenter dans l'état actuel de la science. Si les observations deviennent plus nombreuses, on aura sans doute de nouveaux détails à y ajouter.

La *marche* de la maladie est continue et constamment croissante, quoique avec quelques exacerbations. Sa *durée* peut être de deux ou trois mois. La *terminaison* est ordinairement fatale.

Les *lésions anatomiques* consistent dans une induration et une imperméabilité marquées du tissu pulmonaire, qui est sec, de couleur grise, rougeâtre ou noir, qui plonge au fond de l'eau, qui tantôt est granulé à la coupe et à la déchirure, et tantôt n'offre qu'une surface plane, ainsi que Chomel et M. le professeur Grisolle en ont cité des exemples, et qui enfin présente, suivant l'observation de ce dernier auteur et de M. Andral, un développement notable du tissu cellulaire interlobulaire, d'où il résulte des espèces d'intersections fibreuses formant des cloisons irrégulières. MM. Barthez et Rilliet (2) ont observé, chez un enfant, une sorte de carnification dans laquelle le poumon présentait l'aspect d'un tissu musculaire à fibres serrées. Cette lésion s'était, dans ce cas, développée d'une manière chronique: mais on la voit aussi survenir d'une manière aiguë.

Le praticien est rarement, comme je l'ai déjà dit, appelé à établir le *diagnostic* de la pneumonie chronique. Cette affection ne peut guère être confondue qu'avec la bronchite chronique et la phthisie. Il suffira d'en indiquer les différences dans le tableau synoptique suivant:

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la pneunomie chronique et de la bronchite chronique.*

PNEUMONIE CHRONIQUE.	BRONCHITE CHRONIQUE.
Succède presque toujours, sinon toujours, à une pneumonie aiguë.	*Succède* à une *bronchite aiguë*, ou apparaît tout d'abord avec le caractère chronique.
Matité plus ou moins étendue de la poitrine.	*Pas de matité.*
Souffle bronchique, bronchophonie, ou *absence* de tout bruit.	*Râle sous-crépitant.*
Fièvre, dépérissement, marasme.	*Point de fièvre*, à moins d'exacerbations, point de *dépérissement.*

(1) *Traité des maladies chroniques de l'appareil respiratoire.* Paris, 1852.
(2) *Pneumonie*, p. 32.

2° *Signes distinctifs de la pneumonie chronique et de la phthisie.*

PNEUMONIE CHRONIQUE.	PHTHISIE.
Succède à une pneumonie aiguë.	*Succède* rarement à une pneumonie aiguë.
Antécédents : Point d'hémoptysies, d'amaigrissement lent, ni de sueurs nocturnes avant les derniers jours.	*Antécédents :* Hémoptysies, amaigrissement, sueurs nocturnes, etc.
Signes de la percussion et de l'auscultation *dans un point quelconque* de la partie postérieure des poumons.	Signes fournis par la percussion et l'auscultation *sous les clavicules.*

Quand la pneumonie chronique occupe le sommet du poumon, ce dernier diagnostic est plus difficile, et la marche de la maladie doit être étudiée avec le plus grand soin.

D'après les faits que nous connaissons, le *pronostic* de la pneumonie chronique est très grave; cependant M. Chomel (1) ne porte pas un pronostic aussi fâcheux; mais les observations sur lesquelles il se fonde ne sont qu'au nombre de huit, ce qui est encore bien peu pour résoudre une pareille question.

Le *traitement* de cette affection doit nécessairement se ressentir de la pénurie des faits; aussi aucun auteur ne s'en est-il spécialement occupé. On s'est contenté de quelques indications générales et très vagues; plusieurs même passent le traitement sous silence. Le peu d'importance pratique de la maladie, vu son extrême rareté, nous empêche nous-même d'entrer dans de grands développements à ce sujet.

1° S'il reste quelques signes d'acuité, *émissions sanguines* (saignées, sangsues ou ventouses scarifiées) très modérées.

2° Quelques *narcotiques* (opium, datura, belladone, jusquiame). On peut mettre en usage la potion suivante de Hufeland :

℞ Racine de salep en poudre........................ 2 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau tiède.. 60 gram.

Ajoutez :

Eau de fleur d'oranger.... 10 gram.
Extrait de jusquiame...... 0,25 gram.
Sirop de guimauve........... 30 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées à thé.

3° *Expectorants* (kermès minéral, ipécacuanha, baume de Tolu, etc.).

On pourra prescrire :

Ordonnance.

1° Pour tisane :

℞ Lierre terrestre......... 10 gram. | Fleurs de tussilage......... 10 gram.

Faites infuser pendant un quart d'heure dans :

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XXV, art. PNEUMONIE.

Eau bouillante.. 500 gram.

Passez et ajoutez :

Sirop d'hyssope.. 35 gram.

2° ℞ Gomme adragante pulvérisée.......... 0,50 gram.	Kermès minéral, de 0,10 à 0,20 gram.

Triturez ensemble et ajoutez peu à peu :

Sirop de sucre............ 35 gram.	Infusion de lierre terrestre. 150 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

Ou bien.

3° ℞ Baume de Tolu.......... 1 gram.	Eau........................ 30 gram.
Jaune d'œuf............ n° 1.	

Mêlez. A prendre par cuillerées.

On peut augmenter la dose de ces expectorants, ou les remplacer par d'autres, si on le juge nécessaire.

4° *Révulsifs.* — On a appliqué sur la poitrine des vésicatoires, des cautères, des sétons, des moxas. C'est au niveau du point affecté qu'on fait ces applications. Les embrocations huileuses, les frictions irritantes, sont aussi recommandées.

5° On pourrait appliquer à la pneumonie chronique le traitement employé par M. Louis (voy. p. 465) contre la pneumonie aiguë qui tarde à entrer en voie de résolution, c'est-à-dire donner l'*eau de Vichy*, coupée ou non avec la tisane ou du lait.

6° Un *régime* doux et léger, des vêtements de laine (flanelle sur la peau), le soin d'éviter l'action du froid et de l'humidité, le séjour dans un climat chaud, viennent compléter ce traitement, sur lequel il est inutile d'entrer dans de plus grands détails, puisque nous n'avons rien de positif à dire, et que les principaux moyens sont ceux qu'on emploie dans la bronchite chronique.

ARTICLE V.

GANGRÈNE DU POUMON.

[La gangrène du poumon avait été peu étudiée avant ces dernières années. Laennec le premier a distingué nettement cette maladie et l'a séparée d'autres lésions pulmonaires avec lesquelles elle était confondue. On comprend d'ailleurs que le diagnostic et la description anatomique d'une semblable maladie ne pouvaient être que fort imparfaits avant l'ère de l'auscultation et de l'anatomie pathologique. On a d'abord considéré la gangrène pulmonaire comme une terminaison de l'inflammation du poumon, sans chercher à la rattacher à un état général. Plus tard on vit que cette maladie était liée souvent à un état morbide général ; qu'on la rencontrait dans les fièvres, à la suite des couches. Plusieurs auteurs modernes ont fait sur ce sujet des recherches : M. Laurence a rassemblé soixante-trois cas de gangrène du poumon (1) ; M. Boudet a étudié la maladie, surtout chez les enfants (2) ;

(1) *Journal l'Expérience*, 1840.

(2) *Recherches sur la gangrène pulmonaire* (*Archives gén. de médecine*, 1843).

MM. Barthez et Rilliet ont jeté un jour nouveau sur cette question dans leur *Traité des maladies des enfants*. Enfin, il faut signaler tout un ordre absolument nouveau de travaux poursuivis d'après les indications de Paget et de Virchow sur les altérations des vaisseaux pulmonaires amenant la gangrène du poumon, et principalement sur les embolies.

Parmi les auteurs qui ont publié récemment des faits de ce genre, il faut citer M. Schützenberger (de Strasbourg); M. Lebert, professeur à l'université de Zurich (1); M. Charcot (2), M. Dumont-Pallier (3). Ces faits, naguère peu connus, sont aujourd'hui vulgarisés et s'observent en assez grand nombre dans les hôpitaux. Cette maladie est toujours très grave, souvent mortelle, et il est de la dernière importance de savoir la reconnaître à temps.

Laennec (4) a divisé la gangrène du poumon en circonscrite et non circonscrite; M. Cruveilhier a en outre décrit une gangrène sèche (5), et M. Briquet une gangrène des extrémités dilatées des bronches. M. Boudet l'a trouvée sous trois formes distinctes : en plaques, en noyaux et diffuse (6). Ces distinctions, purement anatomiques, sont loin d'être satisfaisantes, même au point de vue de l'anatomie. Il vaudrait mieux distinguer la gangrène d'après l'affection dont elle dépend. Une classification fondée sur des caractères cliniques n'est pas encore possible, mais nous verrons que, sous le rapport de l'anatomie pathologique, de grands progrès ont été faits récemment sous l'impulsion de quelques médecins anatomistes, parmi lesquels il convient de citer en première ligne M. Lebert.]

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

[La *gangrène du poumon* est la mortification d'une partie plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire, en y comprenant les extrémités des bronches, les vaisseaux et la plèvre viscérale. Cette gangrène peut être centrale ou périphérique, étendue ou limitée, occuper un ou plusieurs lobules pulmonaires. La gangrène de tout un poumon n'a pas été observée, et l'on comprend qu'une semblable lésion, lorsqu'elle affecte une masse considérable du poumon, est rapidement mortelle. La gangrène du poumon n'est pas connue sous d'autres noms.

Cette maladie a longtemps passé pour très rare. Aujourd'hui qu'elle est l'objet des études et des préoccupations des médecins, on la rencontre plus fréquemment que par le passé. Cependant on ne peut encore établir de chiffres exprimant d'une façon exacte la fréquence de cette maladie. Nous avons dit que M. Laurence en avait réuni 63 cas; M. le professeur Lebert en cite 24 exemples, et les recherches de MM. Barthez et Rilliet (7) portent sur 18 observations. Ces observations se multiplient actuellement. M. le docteur Leudet (de Rouen) en a publié une des plus intéressantes récemment (8).]

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1855, in-folio.
(2) *Mémoires de la Société de biologie*, 1858, et *Gazette médicale de Paris*.
(3) *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 2e série, t. V, année 1858.
(4) *Traité d'auscultation*, t. III.
(5) *Traité d'anatomie pathologique générale*. t
(6) *Recherches sur la gangrène pulmonaire*, etc. (*Arch. gén. de médecine*, 4e série, 1843, t. II, III).
(7) *Traité des maladies des enfants*, 2e édit.
(8) *Moniteur des hôpitaux*, juillet 1859.

§ II. — Lésions anatomiques.

Ces lésions anatomiques ne sont pas toujours identiques, quoique la maladie ne change pas de nom. Laennec avait tracé une description de deux espèces de gangrène qui a été considérée pendant quelque temps comme classique, et dont nous donnons l'analyse :

Lorsque la gangrène du poumon occupe une grande étendue et qu'elle n'a pas de limite distincte, on trouve, dans les points occupés par la maladie, le tissu pulmonaire comme engoué, humide, facile à déchirer; sa couleur varie du blanc sale au vert foncé ou au noirâtre. Parfois, sur la couleur blanc sale ou grisâtre se remarquent des taches brunes ou d'un jaune brunâtre. Dans certains points, une infiltration notable de sang donne au tissu un aspect livide. En quelques autres endroits, ces altérations sont portées à un degré beaucoup plus haut, car le tissu pulmonaire est converti en un deliquium putride, s'écoulant quelquefois à la coupe, sous forme d'un liquide trouble, épais, sanieux, d'un gris verdâtre. Toutes ces parties ont la fétidité gangréneuse reconnue dans les crachats pendant la vie.

Ces altérations occupent le plus souvent une grande partie d'un lobe. La gangrène, lorsque ses limites sont bien tranchées, se présente sous trois formes qui ne sont que des degrés de l'altération. Tantôt on trouve des espèces d'eschares, en masses irrégulières, d'une couleur noire ou d'un vert foncé, humides, résistant à la pression, semblables aux eschares de la peau produites par la pierre à cautère. Autour de ces parties gangrenées, le poumon se montre habituellement enflammé au premier et au deuxième degré, ce qui indique un travail d'élimination. Dans le second degré de la gangrène circonscrite, la partie gangrenée est réduite en bouillie putride, d'un gris verdâtre sale, et parfois teinte de sang Enfin, que l'eschare se soit détachée en masse, ou qu'après s'être ramollie, elle ait été évacuée par l'expectoration, il reste une cavité inégale, dont les parois sont couvertes d'une fausse membrane plus ou moins épaisse, molle, grisâtre ou jaunâtre, et qui contient une matière sanieuse, exhalant l'odeur de la gangrène. Dans un cas, M. Cruveilhier a trouvé, au milieu d'une de ces cavités qui contenait du pus, un fragment de tissu pulmonaire mollasse, ayant conservé les traces de son organisation, et évidemment mortifié; c'est ce qu'il a appelé *gangrène sèche du poumon.*

Suivant Laennec, lorsque l'excavation qui résulte de l'évacuation d'un bourbillon gangréneux est d'une petite étendue, la guérison peut avoir lieu par une cicatrice pleine.

Dans les deux cas observés par M. Briquet, on trouva, à la surface du poumon, des cavités formées par l'extrémité dilatée des bronches, contenant un liquide visqueux, grisâtre, très fétide, et tapissées par la membrane bronchique, très molle, flasque, blanchâtre, s'enlevant par le grattage, et exhalant une forte odeur gangréneuse; mais ces faits doivent être considérés comme des complications des dilatations des bronches.

Suivant M. Lebert (1), la gangrène pulmonaire se présente sous plusieurs for-

(1) *Anatomie pathologique générale et spéciale.* Paris, 1855, t. I.

Tels sont les divers moyens employés contre cette grave affection. L'importance du sujet exigeait les développements dans lesquels je suis entré. Nous allons indiquer maintenant quelles sont les précautions générales qu'il convient de prendre.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

1° Faire garder au malade un repos complet, au lit.

2° Entretenir une température douce et uniforme dans la chambre; redouter presque autant une trop grande chaleur et l'encombrement, que le froid.

3° Changer fréquemment de position les enfants, les vieillards et les adultes affaiblis.

4° Prescrire un repos absolu des organes de la voix.

5° Dans le cas où des purgatifs ne feraient pas partie du traitement, administrer des lavements laxatifs, pour tenir le ventre libre.

[*Hygiène, expectation.* — Si l'abstention du médecin et le mépris des règles de la science et de la prudence sont des conditions qui augmentent la mortalité, il n'est pas moins vrai de dire que l'excès de zèle et le rigorisme, pour ne pas dire le fanatisme médical, ne sont pas un moindre mal dans quelques cas. Or, s'il existe une maladie en présence de laquelle le médecin puisse souvent se donner la satisfaction bien douce de voir guérir le malade sans aucune intervention active de l'art, c'est la pneumonie. Dietsch et Skoda ont montré, par des statistiques inattaquables, que la pneumonie guérissait souvent seule. Une démonstration non moins évidente est celle qui résulte, nous ne dirons pas des travaux, mais de la pratique singulièrement *inoffensive* des médecins qui prétendent employer les médicaments à doses infinitésimales. Les succès qui se sont produits pendant le cours d'un traitement qui peut être qualifié de pure expectation, ont donc montré que, dans certains cas, il était inutile de violenter une maladie qui devait guérir seule. Les cas de ce genre doivent être soigneusement recherchés. Nous avons cité le mémoire de M. Marrotte sur la synoque péripneumonique, et nous rappellerons ici les paroles si sages de cet observateur distingué : « L'inflammation du poumon participant de la nature bénigne de la maladie, c'est-à-dire atteignant bien rarement les limites extrêmes du second degré et jamais le troisième, occupant en général une étendue limitée, étant d'une solution facile, l'expectation est permise dans cette espèce pathologique; elle est même commandée.

» Dans les cas qui réclament, par la gravité des accidents, une médication énergique, il faut surveiller attentivement l'effet des médicaments, et ne pas pousser trop loin l'action épuisante et toxique du tartre stibié.

» Les travaux modernes ont montré que, chez les vieillards, les forces devaient être l'objet de la préoccupation du médecin; aussi le régime mérite-t-il d'attirer particulièrement l'attention du praticien. Il ne faut pas oublier que la pneumonie chez les ivrognes, ou même chez les gens que leur profession oblige à absorber habituellement une quantité considérable d'alcool, ne doit pas être traitée par les émissions sanguines multipliées ni par le tartre stibié à hautes doses, longtemps continué; que chez ces malades l'usage de l'opium, une boisson légèrement alcoolisée (eau vineuse), doivent être prescrits, surtout dans les cas de *delirium tre-*

croît. C'est à Virchow qu'il faut rapporter le principal honneur de cette découverte.

On voit donc que très souvent la gangrène pulmonaire n'est pas une lésion isolée, mais qu'elle coïncide avec des lésions plus ou moins multiples, soit des gangrènes (en d'autres points du corps), ainsi que M. Lebert en cite plusieurs exemples, soit des obstructions artérielles ou veineuses en différentes parties du corps. MM. Barthez et Rilliet ont trouvé, sur 18 gangrènes du poumon, que la gangrène existait 10 fois dans d'autres organes.

Gangrène de la bouche	3
— du pharynx	1
— de l'œsophage	3
— du larynx et du pharynx	1
— des ganglions bronchiques et de la plèvre	1
— de la plèvre	1

Lorsque la guérison a lieu, le foyer et le tissu qui l'entoure présentent un tissu cicatriciel racorni. Il peut y avoir de fortes adhérences du poumon à la plèvre costale.

§ III. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

On a invoqué, pour expliquer la gangrène pulmonaire, ces causes banales applicables à tout, telles que l'altération et l'appauvrissement du sang. Il est certain qu'on a observé assez fréquemment cette maladie chez les aliénés, principalement chez ceux qui, par un refus obstiné de manger, arrivent peu à peu à l'inanition (1). Laennec pensait que les hommes y étaient plus sujets que les femmes. Cette supposition n'a pas été confirmée par les faits ultérieurement observés. Dans les 24 faits analysés par M. Lebert (2), 8 se rapportent à des hommes, 13 à des femmes et 3 à des enfants dont le sexe n'est pas indiqué. On a quelques raisons de croire que les vieillards y sont plus exposés que les adultes. MM. Barthez et Rilliet ont signalé la fréquence de cette maladie chez les enfants, depuis deux ans et demi jusqu'à quinze ans. Nous trouvons dans l'ouvrage de M. Lebert la statistique suivante, sur 19 cas :

De 1 à 15 ans	1
5 à 10	1
10 à 15	1
20 à 25	3
25 à 30	1
30 à 35	1
35 à 40	3
40 à 45	1
45 à 50	1
55 à 60	4
70 à 75	2
Total	19

(1) Guislain, *De la gangrène pulmonaire chez les aliénés* (*Gazette médicale*, janvier 1836).
(2) *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1857, t. I, p. 660.

Les maladies qui sont considérées comme précédant la gangrène pulmonaire, dans le plus grand nombre des cas, sont, surtout chez les enfants, les fièvres éruptives et typhoïde, la tuberculisation aiguë ou chronique et les affections chroniques des intestins. Il est difficile de dire quel rôle joue la pneumonie dans les cas de gangrène du poumon. Existe-t-il des raisons suffisantes d'affirmer qu'une pneumonie ordinaire puisse se terminer par gangrène ? Plusieurs auteurs, parmi lesquels Laennec (1), Andral, Stokes (2), ont pensé que cette terminaison n'était pas très rare. Peut-être cette interprétation des faits ne rencontrerait-elle pas actuellement de nombreux partisans. Ce qu'il faut signaler surtout, c'est la fréquence relative de la gangrène pulmonaire à la suite des couches, alors qu'il se produit des phlébites et des oblitérations artérielles. Il n'est pas impossible que pareille chose se présente à la suite des plaies ou des grandes opérations chirurgicales. On a cité des cas de gangrène pulmonaire chez des malades atteints d'infection purulente.]

2° Causes occasionnelles.

Nous sommes dans une ignorance a peu près complète des causes occasionnelles de cette affection. On avait pensé que l'existence d'une pneumonie très intense était une des conditions les plus favorables à la production de la gangrène ; mais l'observation n'a pas confirmé cette manière de voir. M. Laurence croit que la *compression*, par les parois thoraciques, d'un poumon gonflé par l'inflammation, peut être une cause efficace de gangrène ; mais cette opinion n'est pas appuyée sur des faits rigoureusement observés. On a vu des *corps étrangers* introduits dans les poumons, et la compression d'un tronc vasculaire de cet organe par une *tumeur* (Carswell), donner lieu à la gangrène du poumon ; mais ces cas sont extrêmement rares. M. Golding (3) a vu, dans un cas, la gangrène se développer au milieu d'une pneumonie causée par un *coup sur la poitrine*.

En résumé, il faut reconnaître l'existence d'une prédisposition particulière qui nous échappe complétement, et qui seule pourrait expliquer la production d'une lésion dont la fréquence est loin d'être en rapport avec celle de ses causes présumées.

§ IV. — Symptômes.

[On peut admettre plusieurs formes de la maladie, suivant qu'elle débute brusquement et sans précédents morbides, ce qui est un cas exceptionnel, ou suivant qu'elle survient dans le cours d'une maladie aiguë, soit fièvre éruptive ou typhoïde, fièvre puerpérale, fièvre traumatique, tuberculisation aiguë ou chronique, etc.

Suivant M. Lebert, il y aurait deux formes principales : une plus aiguë, se terminant par la mort, dans l'espace de huit à quinze jours, et une autre à marche lente, d'une durée de six semaines et même de plusieurs mois.]

Le *début* a lieu d'une manière variable ; quelquefois un état fébrile marqué, des douleurs vives dans la poitrine, précèdent de peu de jours l'apparition des crachats d'odeur caractéristique ; mais le plus souvent on observe, pendant un temps qui

(1) *Traité d'auscultation*, t. III.
(2) *Diseases of the heart*. Dublin, 1853.
(3) *The Lancet*. London 1848.

varie d'un jour à un mois et plus, un malaise notable, de la faiblesse, des douleurs vagues dans la poitrine, la toux, la perte de l'appétit, en un mot un état qui peut indiquer que les organes respiratoires sont malades, mais d'après lequel on ne peut pas préciser la nature de l'affection. Chez les sujets observés par M. Guislain, les symptômes se sont produits d'une manière sourde, et ce n'est qu'au moment où l'expectoration a acquis sa fétidité caractéristique qu'on a pu admettre l'existence d'une affection du poumon.

Symptômes de la maladie confirmée. — Parmi les symptômes qui caractérisent la gangrène du poumon, l'expectoration et la fétidité de l'haleine méritent une attention toute particulière.

La couleur des *crachats* varie beaucoup ; ils sont tantôt d'un jaune brun ou verdâtre, tantôt d'un brun foncé, verts, sanieux, teints d'un sang noirâtre ; tantôt enfin semblables à du pus. Suivant Laennec, ils sont, au début de la maladie, purement muqueux, d'un blanc laiteux et opaques. C'est à une époque plus avancée, et par un mélange de sang corrompu ou de pus, qu'ils acquièrent l'aspect que nous venons de décrire. M. Stokes a vu l'expectoration formée d'une matière noire sanieuse et fluide. Dans tous les cas, les crachats sont opaques, sans viscosité et très différents de ceux que l'on observe dans une pneumonie ordinaire. Ils ont une odeur d'une fétidité repoussante, que l'on ne peut comparer à rien, puisque c'est celle de la gangrène, qui n'a point d'analogue. Cependant M. Louis, qui a bien voulu nous communiquer le résultat de ses observations à ce sujet, a observé quelques cas dans lesquels il existait une *odeur très forte de matières fécales*, et l'autopsie est venue prouver que la lésion du poumon ne présentait rien qui sortît de la règle commune. Cette odeur est souvent si forte, qu'elle remplit l'appartement du malade, dont on est obligé de renouveler l'air fréquemment ; quelquefois le malade en est incommodé lui-même, mais le plus souvent il y paraît insensible.

L'*haleine* présente en même temps une odeur en tout semblable à celle qui est exhalée par les crachats, et lorsque le malade parle, on la sent souvent à une distance assez considérable.

Suivant M. le docteur Stokes (1), la fétidité de l'haleine n'est point cependant un signe pathognomonique ; dans certains cas de bronchite chronique, de pneumonie avec abcès, dans l'empyème ouvert dans le poumon, dans la phthisie tuberculeuse, l'expectoration et la respiration peuvent acquérir un très haut degré de fétidité.

[Nous pensons, d'après l'avis de M. Stokes, qu'il faut attacher, parmi les symptômes et signes de la maladie, une importance capitale à la fétidité caractéristique des crachats et de l'haleine. En effet, supprimez ce signe, et souvent il ne reste plus que des caractères insuffisants pour reconnaître la maladie. Avec ce signe, plus de doute. Or la fétidité de l'haleine, l'odeur gangréneuse, constituent un signe qui ne manque jamais, et auquel un praticien exercé ne se trompera pas. Cette odeur peut être telle que la chambre, l'appartement du malade en soient comme imprégnés, et dans les hôpitaux on est quelquefois obligé, dans l'intérêt des autres malades, d'isoler et d'enfermer dans une chambre séparée les personnes atteintes de cette maladie.]

(1) *Dublin quarterly Journal of medicine*, février 1850, et *Archives générales de médecine*, juillet 1850.

La *toux* est un symptôme constant, excepté toutefois chez les aliénés, chez lesquels M. Guislain a cherché vainement à en constater l'existence. Elle est quelquefois quinteuse, difficile, douloureuse; mais plus souvent elle est faible, et pourrait passer inaperçue, si on ne la recherchait pas attentivement. La toux s'accompagne d'une *oppression* plus ou moins grande et d'une douleur siégeant ordinairement dans le côté affecté.

Quoique les signes fournis par la *percussion* et l'*auscultation* aient été décrits avec soin par les auteurs, et en particulier par Laennec, il n'est pas rare de trouver des observations où ces moyens d'exploration ont été négligés. Ces signes varient suivant que la gangrène est parvenue à un degré plus ou moins avancé, et suivant qu'elle est *circonscrite* dans un point limité ou qu'elle s'étend à une *large surface*. C'est pour ce motif que Laennec a cru devoir diviser la gangrène du poumon en gangrène *partielle* ou *circonscrite* et en gangrène *non circonscrite*. Mais on doit remarquer que les différences, sous le rapport de l'auscultation, n'existent réellement qu'à l'époque où, à la suite d'une gangrène partielle, il s'est produit une excavation. C'est pourquoi il suffit, ce me semble, d'indiquer les signes qui appartiennent à la gangrène sans excavation et à la gangrène avec excavation.

Dans le premier cas, il existe une *matité* plus ou moins étendue, suivant que la gangrène est ou n'est pas circonscrite. Dans les points occupés par cette matité, l'auscultation fait reconnaître un râle sous-crépitant plus ou moins abondant, accompagné souvent de souffle bronchique et de bronchophonie. Dans le cas, au contraire, où une excavation s'est produite, on entend du gargouillement, une respiration caverneuse et une pectoriloquie plus ou moins complète. Dans le cas observé par M. Trousseau, et que j'ai déjà cité, on entendait du *râle sous-crépitant* dans toute la partie postérieure de la poitrine. Suivant Laennec, « la résonnance de » la voix, dans les excavations gangréneuses, est beaucoup plus nette et plus forte » que dans les abcès du poumon; elle n'a rien d'une espèce de *frottement* qui » semble avoir lieu dans les parois de ces derniers, et qui indique leur état de » *détritus;* et il est aussi rare qu'elle soit accompagnée du *souffle voilé*, que cela » est commun dans les abcès pulmonaires. » Ces nuances, notées par Laennec, n'ont point été signalées par les autres observateurs. M. Briquet (1) a décrit une gangrène de l'extrémité dilatée des bronches, qui ne s'annonce, à l'auscultation et à la percussion, par aucun des signes particuliers que je viens de mentionner, et que la fétidité de l'haleine et des crachats a fait seule reconnaître.

Pendant que ces symptômes locaux se manifestent, on observe des symptômes généraux souvent très graves. Le *pouls* est fréquent. La plupart des auteurs ont signalé sa petitesse; mais M. Louis, qui a observé avec soin plusieurs cas de gangrène du poumon, ne lui a trouvé ce caractère qu'au dernier degré de dépérissement. Il est probable que, dans un certain nombre d'observations, on n'aura constaté l'état du pouls qu'à cette époque. Quelquefois, comme on le voit dans plusieurs observations que j'ai sous les yeux, la fréquence et la faiblesse du pouls sont portées à un degré excessif. La *peau* est chaude et sèche; la *face* est profondément altérée; elle est ordinairement pâle. Les *forces* sont abattues; le malade

(1) *Mém. sur un mode de gangrène du poumon*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, 1841, t. XI, p. 5).



se tient dans le décubitus dorsal. Les dents, la langue, les lèvres, se couvrent d'un enduit noirâtre.

Dans des cas où la marche de la maladie était très aiguë, on a noté l'existence du *délire* et d'une *agitation* plus ou moins vive la nuit; mais le plus souvent les malades sont plongés dans la *stupeur*. Ces derniers symptômes ne se produisent ordinairement qu'à une époque assez avancée de la maladie. C'est aussi alors qu'on a observé les *soubresauts de tendons* et une *diarrhée fétide* qui ne tarde pas à enlever aux malades le peu de forces qui leur restent. Enfin, on a noté la formation d'*eschares* au sacrum et aux grands trochanters, et le *marasme*, prélude de la mort. Quelquefois la rupture d'une masse gangréneuse dans la plèvre donne lieu à un *pneumothorax*, accident annoncé par une vive douleur et par les autres symptômes de cette affection dont je ne parle pas ici, parce que j'aurai plus tard à en tracer l'histoire. Laennec et plusieurs autres observateurs en citent des exemples. Dans les cas très rares où la maladie se termine par la guérison, tels que celui qu'a rapporté M. Golding, tous les accidents se dissipent graduellement, après une très longue durée des symptômes graves mentionnés plus haut.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est variable; dans quelques cas elle est rapide, comme on peut le voir dans une observation remarquable rapportée par M. Bergeno (1) et reproduite par M. Cruveilhier (2). La maladie a parcouru en treize jours toutes ses périodes. Un fait rapporté par M. Stokes est encore plus remarquable, puisque la mort est survenue le quatrième jour; mais il faut dire que la gangrène s'était produite à la suite d'une violence extérieure. Dans d'autres cas, au contraire, la marche de la maladie est très lente; le début est insidieux, et le malaise qui le caractérise peut se prolonger pendant un temps fort long. Quelques observations de Laennec nous en offrent des exemples.

Quant à la *durée*, elle est très variable; il est très difficile de l'indiquer d'une manière générale. Les malades peuvent succomber au bout de quelques jours, tandis que maintes fois on les a vus prolonger leur existence pendant un ou plusieurs mois. M. Louis a vu, dans quelques cas, l'affection durer cinq et six mois. Dans le cas de guérison cité par M. Golding, la maladie dura treize mois. Toutefois la difficulté de fixer le début avec précision empêche, dans ces derniers cas, de déterminer exactement la durée de la maladie. Il est en effet très difficile de s'assurer si le malaise des premiers jours tient positivement aux premiers progrès de la gangrène des poumons, ou s'il est dû à une autre affection dont la gangrène serait la suite.

La *terminaison* de cette maladie peut-elle avoir lieu par la guérison? Cette question pourra surprendre ceux qui n'ont pas assez réfléchi sur la difficulté du diagnostic de la gangrène du poumon, et qui se rappellent les cas de guérison cités par plusieurs auteurs; mais voici ce que l'on trouve dans les observations. Les principaux faits de guérison de gangrène du poumon ont été recueillis dans les ser-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, n° 38, p. 188.
(2) *Anatomie pathologique du corps humain*, XI° livraison, in-fol. avec pl. col.

vices de MM. Chomel (1), Louis (2) et Cruveilhier (3). Dans ces cas, les signes qui ont servi à porter le diagnostic ont été variables. Ainsi, dans celui qui a été recueilli sous les yeux de M. Chomel, on trouve que l'odeur des crachats et de l'haleine était fétide et *aigre*. Dans les deux autres, l'odeur est signalée comme franchement gangréneuse, ce qui est très différent, comme chacun le sait. Chez le sujet observé dans le service de M. Louis, il y avait une légère matité dans un côté de la poitrine, tandis que chez ceux qui ont été observés par MM. Chomel et Cruveilhier, la percussion ne donnait point de signe important, puisque l'on se borne à dire, dans une seule de ces deux observations, qu'il y avait un peu moins de son à droite; enfin l'auscultation n'a fourni aucun résultat dans ces deux derniers cas; et chez le malade observé par M. Louis, il n'y a eu que du râle sous-crépitant, et seulement à la fin de la maladie. M. Fournet (journal l'*Expérience*) a rapporté un autre cas de guérison, dans lequel il n'existait pour tout signe physique que l'odeur des crachats et un peu de râle muqueux. Enfin, nous avons cité plus haut celui qu'a recueilli M. Golding.

Si maintenant nous rapprochons ces faits des recherches de M. Andral sur l'odeur de l'expectoration, et surtout d'une observation qu'il a rapportée (4), nous voyons que les cas observés par Chomel, MM. Cruveilhier et Fournet laissent quelques doutes; que celui qui a été recueilli dans le service de M. Louis peut, à la rigueur, être regardé comme un exemple d'une guérison probable de gangrène du poumon, et que celui de M. Golding est le plus concluant, car il y avait à la fois une expectoration à odeur gangréneuse, les signes d'une caverne à la base du poumon, et la longue durée de la maladie.

[Depuis plusieurs années, les cas de guérison de malades atteints de gangrène pulmonaire se sont assez multipliés pour que ce mode de terminaison de la maladie ne puisse plus être mis en doute.] Néanmoins on peut dire que la guérison de la gangrène du poumon est extrêmement rare, et que le cas qui paraît être le plus favorable est celui dans lequel la maladie se produit après une violence extérieure. Les deux cas observés par M. Briquet, et dans lesquels l'extrémité dilatée des bronches paraissait seule frappée de gangrène, se sont terminés par la mort.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Rien ne semble plus facile, au premier abord, que de distinguer la gangrène du poumon de toutes les autres espèces de maladies; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, il peut se présenter des cas dans lesquels l'odeur gangréneuse, qui est le signe le plus important, existe en l'absence du bourbillon gangréneux ou de la gangrène profonde dont je viens de donner la description. Les deux faits cités par M. Briquet viennent en partie nous donner l'explication de ce fait singulier, car s'il est vrai que la gangrène puisse affecter la membrane muqueuse des bronches sans s'étendre plus profondément au tissu pulmonaire, on conçoit qu'on ait pu prendre pour de véritables gangrènes du poumon de simples bronchites gan-

(1) *Gazette médicale*, 1833.
(2) *Journal hebdomadaire*, t. VIII.
(3) *Gazette des hôpitaux*, novembre 1842.
(4) *Clinique médicale*, t. IV, obs. VIII.

gréneuses. Établissons d'abord les cas dans lesquels il ne peut y avoir aucun doute sur le diagnostic.

Si l'haleine acquiert la fétidité gangréneuse ; si les crachats prennent la même odeur, et s'ils présentent les caractères physiques que j'ai décrits ; si enfin la maladie se prolonge, et s'il survient un dépérissement plus ou moins marqué, on ne peut pas douter qu'il existe une gangrène du poumon.

On aura la même certitude dans les cas où la pneumonie n'aurait pas précédé le développement de la gangrène, lorsque, outre l'odeur gangréneuse de l'haleine et des crachats, on constatera par la percussion un son obscur dans un point plus ou moins étendu de la poitrine, et dans ce même point, le râle sous-crépitant, la respiration bronchique, la bronchophonie, la respiration caverneuse, le râle caverneux et la pectoriloquie. Il est inutile de dire que les premiers de ces signes s'appliquent à l'eschare non détachée, et les derniers à l'excavation qui résulte de sa séparation.

Il est un seul point de diagnostic différentiel qui mérite encore de nous arrêter, c'est le suivant : dans quelques cas, on a vu la gangrène envahir les parois des cavernes tuberculeuses ; on pourrait alors croire à l'existence d'une gangrène simple des poumons, et méconnaître l'existence de la maladie principale, c'est-à-dire de la phthisie. Mais, ayant égard aux symptômes anciens de tubercules, aux hémoptysies, au siége de la maladie, qui occupe le sommet du poumon, enfin à l'état du poumon opposé, qui est presque constamment envahi par les tubercules, on parviendra, sans beaucoup de difficulté, à établir le diagnostic.

Malgré ces données, qui ont une valeur réelle, on ne peut se dissimuler qu'il reste encore quelque chose à faire pour ajouter un dernier degré de précision au diagnostic de la gangrène des poumons, comme du reste aux autres parties de son histoire, car aucun observateur n'a encore spécialement fixé son attention sur ce sujet intéressant.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de la gangrène du poumon après une pneumonie.*

Fétidité de l'haleine.
Crachats sanieux, purulents, opaques, exhalant une *odeur gangréneuse*.
Dépérissement.
Symptômes généraux intenses.

2° *Signes positifs de la gangrène du poumon en l'absence de tout symptôme de pneumonie.*

Fétidité gangréneuse de l'haleine.
Crachats, *ut suprà*.
Matité de la poitrine dans un point plus ou moins étendu.
A l'auscultation, *râle sous-crépitant*, *respiration bronchique*, *bronchophonie* (signes de l'eschare non détachée) ; *respiration caverneuse*, *râle caverneux*, *pectoriloquie* (signes de l'excavation).

3° *Signes distinctifs de la gangrène du poumon et de la gangrène des parois d'une caverne tuberculeuse.*

GANGRÈNE DU POUMON.	GANGRÈNE DES PAROIS D'UNE CAVERNE.
Antécédents : Point d'hémoptysie, de toux habituelle, de dépérissement, etc.	*Antécédents :* Hémoptysie et autres symptômes de tubercules.
Un seul poumon est le plus ordinairement affecté.	Les *deux* poumons présentent des signes de tubercules.

Pronostic. — Le pronostic est très grave, cependant il résulte de quelques faits observés par M. Bricheteau (1), que la guérison peut avoir lieu lorsque la gangrène est bornée, limitée, que les eschares ou parties mortifiées ont été rejetées par l'expectoration avant d'être absorbées et d'avoir produit une infection générale.

§ VII. — Traitement.

Nous avons bien peu de chose à dire de positif sur le traitement de la gangrène du poumon ; c'est au point que plusieurs auteurs, et en particulier Laennec, ont complétement négligé cette partie de son histoire. Chaque observateur ne pouvant en étudier qu'un petit nombre de cas, et voyant sa terminaison presque constamment mortelle, on n'a point attaché une grande importance aux moyens dirigés contre cette maladie. Voici la conduite qui a été tenue dans les principaux cas dont nous possédons les observations.

Traitement. — La *saignée* a été pratiquée dans tous les cas où le pouls présentait encore une certaine force, et où il y avait une excitation marquée, surtout quand la gangrène était la suite de la pneumonie. Elle a été mise en usage dans les cas observés par Chomel et M. Louis; mais, dans aucun, elle ne paraît avoir eu une influence très notable. Je ne sache pas que les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* aient été appliquées dans cette affection.

Les *désinfectants*, et en particulier les *chlorures de chaux* et *de soude*, sont les remèdes qui ont été le plus fréquemment employés dans ces derniers temps. Dès l'année 1825, M. Récamier avait imaginé de faire entourer le malade de vases d'où s'exhalait du chlore, et de le placer ainsi dans une atmosphère chargée de fumigations guytoniennes. Quelques années après, Chomel prescrivit des fumigations de chlore à l'intérieur, à l'aide du procédé de Richard : elles furent employées chez le sujet dont j'ai déjà parlé, et qui, ainsi qu'on l'a vu plus haut, ne présentait qu'une gangrène du poumon douteuse. La fétidité de l'haleine se dissipa bientôt, et le malade guérit. Ces inspirations de chlore ont été depuis pratiquées dans des cas semblables, mais sans qu'on puisse dire d'une manière positive quel a été leur résultat.

Le docteur Graves employa le *chlorure de chaux* à l'intérieur, uni à l'*opium*, chez un homme qui fut bientôt débarrassé de la fétidité de l'haleine et des crachats, mais qui ne présentait pas d'une manière bien positive la gangrène du poumon. Voici la formule des pilules qu'il administrait :

℞ Chlorure de chaux........ 3 gram. | Opium.................... 1 gram.

F. s. a. vingt pilules, dont on prendra de deux à quatre par jour.

(1) *Traité des maladies chroniques de l'appareil respiratoire* Paris, 1852.

M. Fournet a prescrit, dans un cas semblable, le *chlorure de soude liquide.* Il en faisait faire des aspersions sur les draps du malade, auquel il administrait en outre la potion suivante :

℞ Eau de tilleul.......... 150 gram.	Chlorure de soude.......... 20 gouttes.
Sirop de gomme.......... 40 gram.	

A prendre par cuillerées dans la journée.

La dose du chlorure fut augmentée de 10 gouttes chaque jour, jusqu'à ce que l'on fût parvenu à 200 gouttes.

Le docteur Stokes emploie, comme M. Graves, le chlorure de chaux ou de soude uni à l'opium ; mais de plus, et pour relever les forces du malade, il administre le *vin*, et il prescrit un *régime nourrissant.* Il recommande de continuer ce traitement longtemps après que la fétidité de l'haleine s'est dissipée.

D'autres médicaments antiseptiques et toniques ont été également administrés. Parmi eux le *quinquina* tient la première place. On peut le donner à la fois par la bouche et en lavements.

Les formules suivantes remplissent très bien l'indication :

℞ Extrait de quinquina...... 30 gram.	Teinture de cannelle......... 30 gram.
Eau...................... 60 gram.	Sirop de baume de Tolu...... 60 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

Lavement tonique.

℞ Quinquina............. 30 gram. | Eau.................... 400 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

Le *camphre*, l'*acétate d'ammoniaque* et plusieurs autres substances ont été également prescrits.

Je n'insisterai pas davantage sur ces diverses médications, parce que rien ne prouve qu'elles aient eu une efficacité réelle. Quant au traitement par les *vomitifs*, et en particulier par l'*émétique*, je me contenterai de le mentionner. Espérons que des observations nouvelles nous permettront d'apprécier avec plus de rigueur le traitement de cette grave maladie.

Résumé, *ordonnances.* — On a vu que, de toutes les médications, celle qui paraît avoir eu les meilleurs résultats, quoique malheureusement dans des cas mal caractérisés, consiste dans l'emploi des chlorures, unis ou non à l'opium et au vin. L'ordonnance suivante indiquera au praticien la conduite à tenir :

Ordonnance.

1° Pour boisson, légère décoction de quinquina sucrée.

2° S'il existe quelques signes d'inflammation, saignée de 250 grammes.

3° Aspersions chlorurées sur le lit du malade et administration des pilules de Graves ou de la potion de M. Fournet.

4° Préparations de quinquina en boisson et en lavements.

5° Si les forces du malade sont très déprimées, prescrire un vin généreux et une alimentation nourrissante (Stokes).

Dans les cas où il surviendrait une hémoptysie considérable, employer les moyens qui ont été indiqués dans l'histoire de cette affection.

ARTICLE VI.

MÉLANOSE, CIRRHOSE DU POUMON.

1° *Mélanose.* — Nous ne dirons que très peu de mots de cette affection qui est rare, et dont les signes sont très peu connus. C'est surtout sous le point de vue de l'anatomie pathologique qu'elle a été étudiée par les auteurs, et pour le praticien ce point de vue est secondaire. Il serait très utile sans doute de constater, à l'aide des faits, quelles sont les principales circonstances dans lesquelles se produit cette maladie, et surtout d'établir ses principaux symptômes; mais outre que les observations sont très peu nombreuses, plusieurs d'entre elles présentent si peu de détails, qu'il n'est pas possible d'en tirer des renseignements exacts. Aussi, sans rechercher si tous les cas cités par les premiers anatomo-pathologistes sous les noms de *nigrèdo pulmonum*, etc., étaient des mélanoses, et sans entrer dans des développements historiques fort inutiles, nous allons tracer une description succincte de cette curieuse lésion.

La mélanose se présente sous plusieurs formes. Tantôt elle est en masse, enveloppée ou non d'un kyste; tantôt elle est infiltrée ou déposée à la surface de l'organe; et tantôt la matière noire qui la constitue est réunie en foyer liquide (Andral). Enfin Bayle et M. Andral ont vu des excavations qui leur ont paru produites par l'évacuation de la matière mélanique. Les docteurs Brockmann et Archibald Makellar (1) ont décrit la *mélanose des mineurs*, dans laquelle ils ont reconnu des *altérations essentielles* consistant en une coloration noire des poumons à divers degrés, depuis les simples plaques et les stries, jusqu'à la transformation du poumon en une masse d'un noir foncé, des *altérations accidentelles* qui consistent en tubercules miliaires paraissant occuper plus souvent la partie inférieure que la partie supérieure de l'organe, et des *altérations secondaires*, qui sont les adhérences de la plèvre, les épanchements dans cette cavité, le ramollissement et l'état gras du cœur, l'atrophie du foie, et la présence, dans tout le système veineux, d'un liquide noirâtre épais.

Lorsque la mélanose est en masse, les points du poumon qu'elle occupe augmentent de densité : c'est ce qui avait fait croire à Laennec que l'affection était due à la production d'un tissu accidentel; mais les nouvelles recherches, et surtout celles de Breschet, ont établi qu'elle est due à une altération particulière du sang, et non à une accumulation du pigmentum ou à une maladie particulière du tissu cellulaire, comme l'ont cru quelques auteurs.

Nous ne connaissons point les symptômes de cette affection. Laennec admet l'existence d'une expectoration noire toute particulière; mais les autres auteurs ont repoussé cette assertion, en s'appuyant sur les observations les plus détaillées, qui ne font pas mention de ces signes.

La mélanose, prise en masse considérable, et déposée à la surface du poumon,

(1) *London and Edinburgh monthly Journal*, septembre et novembre 1845.

doit donner lieu aux signes d'auscultation et de percussion fournis par la condensation de cet organe; mais les faits sont encore muets à cet égard. Les excavations qu'on a regardées comme le résultat de l'évacuation de la mélanose liquide étaient le siége des signes propres aux cavernes du poumon.

Voilà tout ce qu'il est permis de dire sur les signes de cette affection. Dans le plus grand nombre des cas, on trouve la mélanose dans un ou plusieurs des autres organes, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans la mélanose des mineurs, MM. Brockmann et Makellar ont constaté que, d'abord à la *première période* de la maladie, il n'y a aucun symptôme qui révèle son existence; et que la *deuxième période* est caractérisée par des troubles digestifs, des douleurs des extrémités, du dos et de la poitrine, une toux sèche ou une expectoration muqueuse, de l'oppression, des palpitations. Cette période dure ordinairement plusieurs années. Dans la *troisième période* on note : altération des traits, mélancolie, coloration noirâtre de la face, amaigrissement, faiblesse, perte de l'appétit croissante, expectoration grisâtre ou noirâtre; coloration due à la présence de stries ou points noirâtres; dyspnée intense, d'où le nom d'*asthme métallique;* douleurs musculaires violentes, surtout pendant la nuit et les changements de temps. Dans la *quatrième période* on trouve : face livide, œdème des extrémités, dyspnée effrayante, expectoration noire ou gris cendré, parfois avec masses de mucus strié de noir; fièvre hectique sans diarrhée ni sueur. La fièvre se déclare ordinairement après les douleurs musculaires et ne devient hectique qu'à la fin.

Quant au traitement, nous ne possédons pas la moindre donnée positive.

2° *Cirrhose du poumon.* — Après MM. Corrigan et Stokes, M. Bricheteau (1) a décrit, sous le nom de *cirrhose du poumon*, une affection rare, contre laquelle nous ne possédons aucun moyen utile de traitement, et qui ne paraît être autre chose que la *dégénérescence fibro-plastique* dont MM. Corvisart et Woillez nous ont cité des exemples. Il nous suffira, par conséquent, de dire quelques mots de cette lésion dont la nature est loin d'être déterminée.

Nous ne connaissons rien sur les *causes* de cette lésion.

Ses *symptômes* sont douteux. Le poumon ayant diminué de volume, les côtes peuvent s'affaisser, le cœur et le foie changer de place. Il y a une matité plus ou moins étendue à la percussion, de la dyspnée, de la toux, un dépérissement plus ou moins considérable.

La *durée* est indéterminée; la *terminaison* toujours mortelle.

A l'*autopsie*, on trouve le poumon diminué de volume, les cellules oblitérées, les grosses bronches fortement dilatées et quelquefois outre mesure, se terminant en cul-de-sac, etc.

Nous ne possédons rien sur le *traitement*.

(1) *Traité des maladies chroniques des organes respiratoires*. Paris, 1852.

Les maladies qui sont considérées comme précédant la gangrène pulmonaire, dans le plus grand nombre des cas, sont, surtout chez les enfants, les fièvres éruptives et typhoïde, la tuberculisation aiguë ou chronique et les affections chroniques des intestins. Il est difficile de dire quel rôle joue la pneumonie dans les cas de gangrène du poumon. Existe-t-il des raisons suffisantes d'affirmer qu'une pneumonie ordinaire puisse se terminer par gangrène? Plusieurs auteurs, parmi lesquels Laennec (1), Andral, Stokes (2), ont pensé que cette terminaison n'était pas très rare. Peut-être cette interprétation des faits ne rencontrerait-elle pas actuellement de nombreux partisans. Ce qu'il faut signaler surtout, c'est la fréquence relative de la gangrène pulmonaire à la suite des couches, alors qu'il se produit des phlébites et des oblitérations artérielles. Il n'est pas impossible que pareille chose se présente à la suite des plaies ou des grandes opérations chirurgicales. On a cité des cas de gangrène pulmonaire chez des malades atteints d'infection purulente.]

2° Causes occasionnelles.

Nous sommes dans une ignorance a peu près complète des causes occasionnelles de cette affection. On avait pensé que l'existence d'une pneumonie très intense était une des conditions les plus favorables à la production de la gangrène; mais l'observation n'a pas confirmé cette manière de voir. M. Laurence croit que la *compression*, par les parois thoraciques, d'un poumon gonflé par l'inflammation, peut être une cause efficace de gangrène; mais cette opinion n'est pas appuyée sur des faits rigoureusement observés. On a vu des *corps étrangers* introduits dans les poumons, et la compression d'un tronc vasculaire de cet organe par une *tumeur* (Carswell), donner lieu à la gangrène du poumon; mais ces cas sont extrêmement rares. M. Golding (3) a vu, dans un cas, la gangrène se développer au milieu d'une pneumonie causée par un *coup sur la poitrine*.

En résumé, il faut reconnaître l'existence d'une prédisposition particulière qui nous échappe complétement, et qui seule pourrait expliquer la production d'une lésion dont la fréquence est loin d'être en rapport avec celle de ses causes présumées.

§ IV. — Symptômes.

[On peut admettre plusieurs formes de la maladie, suivant qu'elle débute brusquement et sans précédents morbides, ce qui est un cas exceptionnel, ou suivant qu'elle survient dans le cours d'une maladie aiguë, soit fièvre éruptive ou typhoïde, fièvre puerpérale, fièvre traumatique, tuberculisation aiguë ou chronique, etc.

Suivant M. Lebert, il y aurait deux formes principales : une plus aiguë, se terminant par la mort, dans l'espace de huit à quinze jours, et une autre à marche lente, d'une durée de six semaines et même de plusieurs mois.]

Le *début* a lieu d'une manière variable; quelquefois un état fébrile marqué, des douleurs vives dans la poitrine, précèdent de peu de jours l'apparition des crachats d'odeur caractéristique; mais le plus souvent on observe, pendant un temps qui

(1) *Traité d'auscultation*, t. III.
(2) *Diseases of the heart*. Dublin, 1853.
(3) *The Lancet*. London 1848.

varie d'un jour à un mois et plus, un malaise notable, de la faiblesse, des douleurs vagues dans la poitrine, la toux, la perte de l'appétit, en un mot un état qui peut indiquer que les organes respiratoires sont malades, mais d'après lequel on ne peut pas préciser la nature de l'affection. Chez les sujets observés par M. Guislain, les symptômes se sont produits d'une manière sourde, et ce n'est qu'au moment où l'expectoration a acquis sa fétidité caractéristique qu'on a pu admettre l'existence d'une affection du poumon.

Symptômes de la maladie confirmée. — Parmi les symptômes qui caractérisent la gangrène du poumon, l'expectoration et la fétidité de l'haleine méritent une attention toute particulière.

La couleur des *crachats* varie beaucoup; ils sont tantôt d'un jaune brun ou verdâtre, tantôt d'un brun foncé, verts, sanieux, teints d'un sang noirâtre; tantôt enfin semblables à du pus. Suivant Laennec, ils sont, au début de la maladie, purement muqueux, d'un blanc laiteux et opaques. C'est à une époque plus avancée, et par un mélange de sang corrompu ou de pus, qu'ils acquièrent l'aspect que nous venons de décrire. M. Stokes a vu l'expectoration formée d'une matière noire sanieuse et fluide. Dans tous les cas, les crachats sont opaques, sans viscosité et très différents de ceux que l'on observe dans une pneumonie ordinaire. Ils ont une odeur d'une fétidité repoussante, que l'on ne peut comparer à rien, puisque c'est celle de la gangrène, qui n'a point d'analogue. Cependant M. Louis, qui a bien voulu nous communiquer le résultat de ses observations à ce sujet, a observé quelques cas dans lesquels il existait une *odeur très forte de matières fécales*, et l'autopsie est venue prouver que la lésion du poumon ne présentait rien qui sortît de la règle commune. Cette odeur est souvent si forte, qu'elle remplit l'appartement du malade, dont on est obligé de renouveler l'air fréquemment; quelquefois le malade en est incommodé lui-même, mais le plus souvent il y paraît insensible.

L'*haleine* présente en même temps une odeur en tout semblable à celle qui est exhalée par les crachats, et lorsque le malade parle, on la sent souvent à une distance assez considérable.

Suivant M. le docteur Stokes (1), la fétidité de l'haleine n'est point cependant un signe pathognomonique; dans certains cas de bronchite chronique, de pneumonie avec abcès, dans l'empyème ouvert dans le poumon, dans la phthisie tuberculeuse, l'expectoration et la respiration peuvent acquérir un très haut degré de fétidité.

[Nous pensons, d'après l'avis de M. Stokes, qu'il faut attacher, parmi les symptômes et signes de la maladie, une importance capitale à la fétidité caractéristique des crachats et de l'haleine. En effet, supprimez ce signe, et souvent il ne reste plus que des caractères insuffisants pour reconnaître la maladie. Avec ce signe, plus de doute. Or la fétidité de l'haleine, l'odeur gangréneuse, constituent un signe qui ne manque jamais, et auquel un praticien exercé ne se trompera pas. Cette odeur peut être telle que la chambre, l'appartement du malade en soient comme imprégnés, et dans les hôpitaux on est quelquefois obligé, dans l'intérêt des autres malades, d'isoler et d'enfermer dans une chambre séparée les personnes atteintes de cette maladie.]

(1) *Dublin quarterly Journal of medicine*, février 1850, et *Archives générales de médecine*, juillet 1850.



La *toux* est un symptôme constant, excepté toutefois chez les aliénés, chez lesquels M. Guislain a cherché vainement à en constater l'existence. Elle est quelquefois quinteuse, difficile, douloureuse; mais plus souvent elle est faible, et pourrait passer inaperçue, si on ne la recherchait pas attentivement. La toux s'accompagne d'une *oppression* plus ou moins grande et d'une douleur siégeant ordinairement dans le côté affecté.

Quoique les signes fournis par la *percussion* et l'*auscultation* aient été décrits avec soin par les auteurs, et en particulier par Laennec, il n'est pas rare de trouver des observations où ces moyens d'exploration ont été négligés. Ces signes varient suivant que la gangrène est parvenue à un degré plus ou moins avancé, et suivant qu'elle est *circonscrite* dans un point limité ou qu'elle s'étend à une *large surface*. C'est pour ce motif que Laennec a cru devoir diviser la gangrène du poumon en gangrène *partielle* ou *circonscrite* et en gangrène *non circonscrite*. Mais on doit remarquer que les différences, sous le rapport de l'auscultation, n'existent réellement qu'à l'époque où, à la suite d'une gangrène partielle, il s'est produit une excavation. C'est pourquoi il suffit, ce me semble, d'indiquer les signes qui appartiennent à la gangrène sans excavation et à la gangrène avec excavation.

Dans le premier cas, il existe une *matité* plus ou moins étendue, suivant que la gangrène est ou n'est pas circonscrite. Dans les points occupés par cette matité, l'auscultation fait reconnaître un râle sous-crépitant plus ou moins abondant, accompagné souvent de souffle bronchique et de bronchophonie. Dans le cas, au contraire, où une excavation s'est produite, on entend du gargouillement, une respiration caverneuse et une pectoriloquie plus ou moins complète. Dans le cas observé par M. Trousseau, et que j'ai déjà cité, on entendait du *râle sous-crépitant* dans toute la partie postérieure de la poitrine. Suivant Laennec, « la résonnance de » la voix, dans les excavations gangréneuses, est beaucoup plus nette et plus forte » que dans les abcès du poumon; elle n'a rien d'une espèce de *frottement* qui » semble avoir lieu dans les parois de ces derniers, et qui indique leur état de » *détritus;* et il est aussi rare qu'elle soit accompagnée du *souffle voilé*, que cela » est commun dans les abcès pulmonaires. » Ces nuances, notées par Laennec, n'ont point été signalées par les autres observateurs. M. Briquet (1) a décrit une gangrène de l'extrémité dilatée des bronches, qui ne s'annonce, à l'auscultation et à la percussion, par aucun des signes particuliers que je viens de mentionner, et que la fétidité de l'haleine et des crachats a fait seule reconnaître.

Pendant que ces symptômes locaux se manifestent, on observe des symptômes généraux souvent très graves. Le *pouls* est fréquent. La plupart des auteurs ont signalé sa petitesse; mais M. Louis, qui a observé avec soin plusieurs cas de gangrène du poumon, ne lui a trouvé ce caractère qu'au dernier degré de dépérissement. Il est probable que, dans un certain nombre d'observations, on n'aura constaté l'état du pouls qu'à cette époque. Quelquefois, comme on le voit dans plusieurs observations que j'ai sous les yeux, la fréquence et la faiblesse du pouls sont portées à un degré excessif. La *peau* est chaude et sèche; la *face* est profondément altérée; elle est ordinairement pâle. Les *forces* sont abattues; le malade

(1) *Mém. sur un mode de gangrène du poumon, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1841, t. XI, p. 5).



se tient dans le décubitus dorsal. Les dents, la langue, les lèvres, se couvrent d'un enduit noirâtre.

Dans des cas où la marche de la maladie était très aiguë, on a noté l'existence du *délire* et d'une *agitation* plus ou moins vive la nuit ; mais le plus souvent les malades sont plongés dans la *stupeur*. Ces derniers symptômes ne se produisent ordinairement qu'à une époque assez avancée de la maladie. C'est aussi alors qu'on a observé les *soubresauts de tendons* et une *diarrhée fétide* qui ne tarde pas à enlever aux malades le peu de forces qui leur restent. Enfin, on a noté la formation d'*eschares* au sacrum et aux grands trochanters, et le *marasme*, prélude de la mort. Quelquefois la rupture d'une masse gangréneuse dans la plèvre donne lieu à un *pneumothorax*, accident annoncé par une vive douleur et par les autres symptômes de cette affection dont je ne parle pas ici, parce que j'aurai plus tard à en tracer l'histoire. Laennec et plusieurs autres observateurs en citent des exemples. Dans les cas très rares où la maladie se termine par la guérison, tels que celui qu'a rapporté M. Golding, tous les accidents se dissipent graduellement, après une très longue durée des symptômes graves mentionnés plus haut.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est variable ; dans quelques cas elle est rapide, comme on peut le voir dans une observation remarquable rapportée par M. Bergeno (1) et reproduite par M. Cruveilhier (2). La maladie a parcouru en treize jours toutes ses périodes. Un fait rapporté par M. Stokes est encore plus remarquable, puisque la mort est survenue le quatrième jour ; mais il faut dire que la gangrène s'était produite à la suite d'une violence extérieure. Dans d'autres cas, au contraire, la marche de la maladie est très lente ; le début est insidieux, et le malaise qui le caractérise peut se prolonger pendant un temps fort long. Quelques observations de Laennec nous en offrent des exemples.

Quant à la *durée*, elle est très variable ; il est très difficile de l'indiquer d'une manière générale. Les malades peuvent succomber au bout de quelques jours, tandis que maintes fois on les a vus prolonger leur existence pendant un ou plusieurs mois. M. Louis a vu, dans quelques cas, l'affection durer cinq et six mois. Dans le cas de guérison cité par M. Golding, la maladie dura treize mois. Toutefois la difficulté de fixer le début avec précision empêche, dans ces derniers cas, de déterminer exactement la durée de la maladie. Il est en effet très difficile de s'assurer si le malaise des premiers jours tient positivement aux premiers progrès de la gangrène des poumons, ou s'il est dû à une autre affection dont la gangrène serait la suite.

La *terminaison* de cette maladie peut-elle avoir lieu par la guérison ? Cette question pourra surprendre ceux qui n'ont pas assez réfléchi sur la difficulté du diagnostic de la gangrène du poumon, et qui se rappellent les cas de guérison cités par plusieurs auteurs ; mais voici ce que l'on trouve dans les observations. Les principaux faits de guérison de gangrène du poumon ont été recueillis dans les ser-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, n° 38, p. 188.
(2) *Anatomie pathologique du corps humain*, XIe livraison, in-fol. avec pl. col.

vices de MM. Chomel (1), Louis (2) et Cruveilhier (3). Dans ces cas, les signes qui ont servi à porter le diagnostic ont été variables. Ainsi, dans celui qui a été recueilli sous les yeux de M. Chomel, on trouve que l'odeur des crachats et de l'haleine était fétide et *aigre*. Dans les deux autres, l'odeur est signalée comme franchement gangréneuse, ce qui est très différent, comme chacun le sait. Chez le sujet observé dans le service de M. Louis, il y avait une légère matité dans un côté de la poitrine, tandis que chez ceux qui ont été observés par MM. Chomel et Cruveilhier, la percussion ne donnait point de signe important, puisque l'on se borne à dire, dans une seule de ces deux observations, qu'il y avait un peu moins de son à droite; enfin l'auscultation n'a fourni aucun résultat dans ces deux derniers cas; et chez le malade observé par M. Louis, il n'y a eu que du râle sous-crépitant, et seulement à la fin de la maladie. M. Fournet (journal l'*Expérience*) a rapporté un autre cas de guérison, dans lequel il n'existait pour tout signe physique que l'odeur des crachats et un peu de râle muqueux. Enfin, nous avons cité plus haut celui qu'a recueilli M. Golding.

Si maintenant nous rapprochons ces faits des recherches de M. Andral sur l'odeur de l'expectoration, et surtout d'une observation qu'il a rapportée (4), nous voyons que les cas observés par Chomel, MM. Cruveilhier et Fournet laissent quelques doutes; que celui qui a été recueilli dans le service de M. Louis peut, à la rigueur, être regardé comme un exemple d'une guérison probable de gangrène du poumon, et que celui de M. Golding est le plus concluant, car il y avait à la fois une expectoration à odeur gangréneuse, les signes d'une caverne à la base du poumon, et la longue durée de la maladie.

[Depuis plusieurs années, les cas de guérison de malades atteints de gangrène pulmonaire se sont assez multipliés pour que ce mode de terminaison de la maladie ne puisse plus être mis en doute.] Néanmoins on peut dire que la guérison de la gangrène du poumon est extrêmement rare, et que le cas qui paraît être le plus favorable est celui dans lequel la maladie se produit après une violence extérieure. Les deux cas observés par M. Briquet, et dans lesquels l'extrémité dilatée des bronches paraissait seule frappée de gangrène, se sont terminés par la mort.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Rien ne semble plus facile, au premier abord, que de distinguer la gangrène du poumon de toutes les autres espèces de maladies; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, il peut se présenter des cas dans lesquels l'odeur gangréneuse, qui est le signe le plus important, existe en l'absence du bourbillon gangréneux ou de la gangrène profonde dont je viens de donner la description. Les deux faits cités par M. Briquet viennent en partie nous donner l'explication de ce fait singulier, car s'il est vrai que la gangrène puisse affecter la membrane muqueuse des bronches sans s'étendre plus profondément au tissu pulmonaire, on conçoit qu'on ait pu prendre pour de véritables gangrènes du poumon de simples bronchites gan-

(1) *Gazette médicale*, 1833.
(2) *Journal hebdomadaire*, t. VIII.
(3) *Gazette des hôpitaux*, novembre 1842.
(4) *Clinique médicale*, t. IV, obs. VIII.

gréneuses. Établissons d'abord les cas dans lesquels il ne peut y avoir aucun doute sur le diagnostic.

Si l'haleine acquiert la fétidité gangréneuse; si les crachats prennent la même odeur, et s'ils présentent les caractères physiques que j'ai décrits; si enfin la maladie se prolonge, et s'il survient un dépérissement plus ou moins marqué, on ne peut pas douter qu'il existe une gangrène du poumon.

On aura la même certitude dans les cas où la pneumonie n'aurait pas précédé le développement de la gangrène, lorsque, outre l'odeur gangréneuse de l'haleine et des crachats, on constatera par la percussion un son obscur dans un point plus ou moins étendu de la poitrine, et dans ce même point, le râle sous-crépitant, la respiration bronchique, la bronchophonie, la respiration caverneuse, le râle caverneux et la pectoriloquie. Il est inutile de dire que les premiers de ces signes s'appliquent à l'eschare non détachée, et les derniers à l'excavation qui résulte de sa séparation.

Il est un seul point de diagnostic différentiel qui mérite encore de nous arrêter, c'est le suivant : dans quelques cas, on a vu la gangrène envahir les parois des cavernes tuberculeuses; on pourrait alors croire à l'existence d'une gangrène simple des poumons, et méconnaître l'existence de la maladie principale, c'est-à-dire de la phthisie. Mais, ayant égard aux symptômes anciens de tubercules, aux hémoptysies, au siége de la maladie, qui occupe le sommet du poumon, enfin à l'état du poumon opposé, qui est presque constamment envahi par les tubercules, on parviendra, sans beaucoup de difficulté, à établir le diagnostic.

Malgré ces données, qui ont une valeur réelle, on ne peut se dissimuler qu'il reste encore quelque chose à faire pour ajouter un dernier degré de précision au diagnostic de la gangrène des poumons, comme du reste aux autres parties de son histoire, car aucun observateur n'a encore spécialement fixé son attention sur ce sujet intéressant.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de la gangrène du poumon après une pneumonie.*

Fétidité de l'haleine.
Crachats sanieux, purulents, opaques, exhalant une *odeur gangréneuse*.
Dépérissement.
Symptômes généraux intenses.

2° *Signes positifs de la gangrène du poumon en l'absence de tout symptôme de pneumonie.*

Fétidité gangréneuse de l'haleine.
Crachats, *ut suprà*.
Matité de la poitrine dans un point plus ou moins étendu.
A l'auscultation, *râle sous-crépitant*, *respiration bronchique*, *bronchophonie* (signes de l'eschare non détachée); *respiration caverneuse*, *râle caverneux*, *pectoriloquie* (signes de l'excavation).

manière que se produisent des ruptures ou perforations spontanées, lorsque les adhérences n'y mettent pas obstacle.

» Un des modes de guérison spontanée des kystes acéphalocystiques est l'atrophie, c'est-à-dire le retrait du kyste sur lui-même et sa conversion en une coque fibreuse, cartilagineuse, ostéo-fibreuse, et même complétement ossiforme. Ce mode de guérison est extrêmement commun ; la guérison spontanée atrophique peut avoir lieu à toutes les périodes du développement du kyste acéphalocystique, et même elle a lieu souvent à une époque trop peu avancée pour que la présence du kyste ait pu être révélée par quelque symptôme.

» La réduction atrophique du kyste acéphalocystique présente deux variétés bien distinctes. Dans la première, le kyste adventif ne contient autre chose que les acéphalocystes vides sans produit étranger ; dans le deuxième, aux débris des acéphalocystes plus ou moins reconnaissables, se trouvent mêlés tantôt du pus, tantôt une matière boueuse, plâtreuse, caséiforme et même crétacée.

» Le kyste adventif peut suppurer par sa surface interne ; mais l'inflammation suppurative peut encore occuper sa surface externe. La suppuration du kyste peut être spontanée ; elle peut être la conséquence d'une ponction. Les kystes acéphalocystiques suppurés, surtout lorsqu'ils sont d'un volume considérable, peuvent être la source d'une fièvre hectique dont la cause n'est quelquefois révélée qu'après la mort. »

On voit assez fréquemment des kystes acéphalocystiques du foie s'ouvrir dans la cavité pleurale droite, et quelquefois le poumon est compris dans cette espèce de foyer. Cependant on n'a cité que rarement des cas de vomique à la suite d'un accident de cette nature, c'est-à-dire après l'inflammation du poumon consécutive à l'ouverture d'un kyste hépatique dans la plèvre (1).

La perforation spontanée du kyste acéphalocystique est une terminaison fréquente de ces kystes, et cette perforation peut avoir lieu du côté de la peau, du côté d'une membrane muqueuse ou dans une cavité séreuse. La mort est la conséquence rapide de l'ouverture du kyste dans une cavité séreuse ; car rien n'égale l'intensité de la phlegmasie qui résulte de l'épanchement du liquide acéphalocystique dans cette cavité séreuse, surtout dans le péritoine. La guérison peut être la conséquence de l'ouverture du kyste à la peau ou sur une surface muqueuse.

Il existe quelques exemples d'un mode de terminaison, ou du moins d'un commencement d'élimination des hydatides par les bronches. M. Lebert en a observé plusieurs cas. Alors les membranes hydatiques sont rendues par l'expectoration, où elles sont reconnues facilement, soit à l'œil nu, soit par l'examen microscopique.

§ IV. — Marche. Symptômes. Diagnostic.

Nous avons vu, par ce qui précède, que les anatomistes ont pu suivre, pour ainsi dire, pas à pas la marche et les transformations de cette maladie. Tantôt, et c'est le plus grand nombre des cas, les hydatides envahissent une grande étendue du tissu pulmonaire, et deviennent cause de mort au bout d'un temps variable, toujours assez long et pouvant être de plusieurs années. La cause déterminante des accidents, en pareil cas, est la suppuration de la poche kystique ou son ouverture dans la plèvre. L'excrétion des hydatides par les conduits bronchiques

(1) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*. Paris, 1859.

serait un moyen de salut qu'autant que le foyer serait peu étendu, et que toutes les hydatides pourraient sortir par cette voie : sinon on aura à redouter tous les accidents survenant par le fait d'un vaste foyer de suppuration contenant des produits morbides en état de décomposition. Il pourra arriver que les hydatides s'atrophient, se dessèchent, et que le kyste qui les contient revienne sur lui-même et s'encroûte de matières calcaires. On a cité des cas dans lesquels cette maladie a simulé la phthisie pulmonaire, à cause des cavités suppurées simulant des cavernes tuberculeuses, ou à cause des crachements de sang abondants et répétés.

Les *symptômes* sont souvent tellement obscurs, qu'ils échappent à toute appréciation. Une gêne de la respiration, de la toux, un sentiment d'oppression, une matité plus ou moins étendue et limitée exactement en un point non déclive de la poitrine, pourront mettre sur la voie. Il ne faut pas oublier que souvent il existe des hydatides dans le foie en même temps que dans les poumons, et que si, chez un malade atteint d'hydatides du foie, il se produisait dans la poitrine surtout, à droite, des symptômes insolites, s'il y avait de la matité, il y aurait lieu de rechercher si la même maladie n'a pas atteint le poumon. Un des signes les plus précieux est la vue du liquide, ou de parcelles des membranes renfermées dans la poche hydatique. Plus d'une fois l'expectoration a fourni un renseignement précieux au médecin. S'il existe des échinocoques, on les reconnaîtra à l'aide du microscope. En effet, comme nous le verrons plus loin, à propos des *parasites animaux*, l'existence des hydatides même détruites est accusée au microscope, par la présence des crochets d'échinoques qu'elles contenaient. Les membranes hydatiques se reconnaîtront également sous le microscope à leur aspect lamelleux. Une ponction exploratrice, faite avec un fin trocart, dans le cas où une matité étendue existerait dans la poitrine, pourrait être très utile au diagnostic.

La gravité de cette maladie ne saurait être appréciée d'une façon exacte; cependant la statistique donne un chiffre de mortalité très considérable. D'autre part, il ne faut pas oublier que le hasard des recherches anatomiques dans les amphithâtres a quelquefois fait découvrir dans les poumons des traces irrécusables de guérison spontanée de cette maladie.

§ V. — Traitement.

Si la tumeur tend à s'ouvrir à la peau, il faudra employer le même procédé que pour les kystes du foie, faire une ouverture avec la potasse caustique, vider peu à peu le foyer, et y faire des injections détersives et astringentes. Si, par le fait d'une heureuse inspiration, comme dans le cas de M. Vigla, ou par suite d'une ponction exploratrice, on arrivait à reconnaître la présence d'une tumeur kystique de cette nature, on pourrait faire la thoracocentèse en ayant soin de se servir d'un trocart très fin. Dans le cas où l'expectoration de liquides ou de membranes hydatiques indiquerait l'ouverture d'un kyste dans les bronches, peut-être serait-il utile de soumettre le malade à des fumigations, soit de vapeur d'eau, soit d'eau alcoolisée ou aromatisée.]

ARTICLE IX.

PHTHISIE.

Autrefois le nom de *phthisie* était générique; il s'appliquait à tout état de consomption, quelle qu'en fût la cause : aussi presque toutes les maladies chroniques des différents organes constituaient-elles des espèces particulières de phthisies. On reconnaissait des phthisies *laryngées*, *pulmonaires*, *hépatiques*, *rénales*, etc., etc.; et, quant à la phthisie dont on ne découvrait pas la cause matérielle, on lui donnait le nom de *phthisie nerveuse*. Plus tard, et surtout à l'époque où R. Morton écrivit sa *Phthisiologie*, la phthisie pulmonaire prit une importance beaucoup plus grande. Néanmoins cet auteur (1) énumère encore avec soin les diverses espèces de phthisies dues à des causes générales, ou tout à fait étrangères à une maladie des poumons. C'est ainsi que, pour lui, il existe une phthisie occasionnée par l'*inanition*, par l'*hémorrhagie*, la *gonorrhée*, de *vastes ulcères*, etc., etc.

Toutefois, je le répète, Morton regardait la phthisie pulmonaire comme la phthisie par excellence, et c'est à elle que son traité est plus particulièrement consacré Le nombre des espèces qu'il en admettait était considérable. Elles étaient au nombre de quinze, toutes établies d'après la cause supposée de la maladie. Ainsi, après la *phthisie pulmonaire originelle*, c'est-à-dire celle qui n'est symptomatique d'aucun vice morbide et d'aucune affection particulière, Morton cherchait à distinguer, parmi les phthisies symptomatiques, celles qui étaient dues aux *scrofules*, au *scorbut*, celles qui accompagnaient l'*asthme*, l'*hystérie*, l'*hémoptysie*, les *calculs des poumons*, etc., etc. Il est inutile de faire ressortir tous les vices de ces divisions, dont le moindre défaut est d'être fondées sur de pures hypothèses. Les auteurs qui ont suivi Morton jusqu'à Bayle ont également admis un grand nombre d'espèces de phthisies : ainsi Sauvages (2) et Portal (3) en ont décrit l'un vingt et l'autre quatorze.

Bayle (4), qui n'appliqua plus le nom de *phthisie* qu'à la consomption due aux maladies chroniques des poumons, ne reconnut que six espèces, dont il trouvait les caractères dans les altérations anatomiques de ces organes. Ces espèces sont : 1° la *phthisie tuberculeuse*, 2° la *phthisie granuleuse*, 3° la *phthisie avec mélanose*, 4° la *phthisie ulcéreuse*, 5° la *phthisie calculeuse*, et 6° la *phthisie cancéreuse*. Il y a, comme on le voit, un progrès réel dans cette nouvelle division, et cependant elle est encore très défectueuse. La phthisie granuleuse ne saurait être séparée de la phthisie tuberculeuse, dont elle fait nécessairement partie. La mélanose se montrant dans des cas de tubercules pulmonaires n'est qu'une complication ; et lorsqu'elle existe seule, elle constitue une maladie particulière. Il en est de même de la phthisie cancéreuse ; et quant aux phthisies calculeuse et ulcéreuse, la première appartient, comme on le verra plus tard, aux tubercules des poumons, et la seconde à plusieurs maladies différentes.

Plus récemment, le professeur J. Frank a en partie reproduit les anciennes divisions : c'est ainsi qu'il décrit séparément, et *comme des maladies spéciales*, les phthisies scrofuleuse, arthritique, carcinomateuse, hémorrhoïdale, scorbutique,

(1) *Opera medica*. Lugduni, 1737, t. I.

(2) *Nosolologie methodique*.

(3) *Observ. sur la nat. et le traitem. de la phthisie pulmonaire*. Paris 1809, 2 vol. in-8.

(4) *Rech. sur la phthisie pulmonaire*. Paris, 1810.

syphilitique, métastatique et la vomique. Les médecins sont aujourd'hui trop familiers avec la pathologie et l'anatomie pathologique des voies respiratoires, pour qu'il soit nécessaire de faire ressortir tous les défauts d'une division semblable.

Laennec, mettant de côté la plupart de ces espèces, ne conserva que la *phthisie tuberculeuse*, la *phthisie nerveuse* et le *catarrhe simulant la phthisie*. Mais, même en admettant qu'il existe des consomptions purement nerveuses, on ne saurait logiquement les rapprocher de la phthisie tuberculeuse; et pour le catarrhe simulant la phthisie, la difficulté du diagnostic ne change rien à la nature de cette maladie, qui diffère essentiellement des tubercules pulmonaires.

J'appliquerai donc uniquement, à l'exemple de M. Louis et avec la presque totalité des médecins de notre époque, le nom de *phthisie* à l'affection tuberculeuse des poumons, dont je traiterai exclusivement dans cet article.

Les travaux sur cette grave maladie datent de la plus haute antiquité : Hippocrate en parle fréquemment dans ses ouvrages, et tout le monde sait ce qu'il en a dit dans plusieurs de ses aphorismes.

Le nombre des auteurs qui ont ensuite publié leurs observations ou leurs théories à ce sujet est tel, que la simple nomenclature me ferait sortir des bornes de cet article. Je ne dirai donc rien de particulier ici sur les principaux écrits publiés à diverses époques; j'aurai à les mentionner dans le cours de cet article, en suivant toutefois d'une manière spéciale les beaux travaux de Laennec, les observations de M. Andral, et surtout les recherches de M. Louis, qui ont jeté un si grand jour sur les principaux points de l'histoire de cette maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *phthisie* est, comme je viens de le dire, le résultat du développement des tubercules dans le parenchyme des poumons.

On lui a donné les noms de *tabes*, *étisie*, *consomption pulmonaire*, *tubercules des poumons*, *pneumophymie* (Piorry).

La *fréquence* de cette maladie est si grande, que tous les médecins en ont été frappés. On a généralement calculé que la phthisie entrait pour un quart ou au moins pour un cinquième dans la mortalité générale des grandes villes. Quoique ce calcul ne soit qu'approximatif, il prouve néanmoins combien est fréquente cette redoutable affection. M. Benoiston de Châteauneuf a publié une statistique (1) de laquelle il résulterait que la phthisie pulmonaire est un peu moins fréquente qu'on ne le pense; mais il faut remarquer qu'à l'époque où cette statistique a été faite, le diagnostic était beaucoup moins certain, et que M. de Châteauneuf met au nombre des causes de mort les plus fréquentes le catarrhe pulmonaire. Or il ne sera pas un instant douteux pour ceux qui ont étudié avec soin les maladies de poitrine, que ces prétendus catarrhes pulmonaires ne fussent, pour la plupart, de véritables phthisies.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Lorsque l'on admettait comme causes de la phthisie les principales circonstances dans lesquelles les sujets se trouvaient placés, ou le tempérament qu'ils présen-

(1) *Annales d'hygiène publ.* Paris, 1831, t. VI, p. 5 et suiv.

taient, ou enfin les maladies les plus remarquables auxquelles ils étaient sujets, on n'avait pas de peine à assigner des causes à cette maladie. Mais dès qu'on a voulu porter plus de sévérité dans les investigations, on s'est aperçu que la question devenait très difficile. Cependant on n'a pas reculé devant les recherches, et c'est après avoir consulté les principaux travaux, que je vais exposer ce que nous savons de plus positif sur ce point encore obscur.

L'*âge* est une des causes prédisposantes étudiées avec le plus de soin depuis les temps les plus reculés de la médecine. C'est de vingt à quarante ans, suivant M. Lombard (de Genève), que cette maladie occasionne le plus fréquemment la mort (1). D'après lui, les enfants y sont moins sujets que les adultes, et beaucoup plus que les vieillards. Cet auteur, analysant un total de 9,549 cas de phthisie, a précisé davantage, en divisant la durée de la vie des sujets par dizaines d'années; mais les trois grandes divisions que je viens de citer sont suffisantes. C'étaient là les principales données que nous possédions sur ce point d'étiologie, lorsque les recherches de MM. Papavoine (2) et de M. Hache (3) sont venues modifier ces proportions. Le premier a, en effet, trouvé des tubercules chez les trois cinquièmes des enfants qui ont succombé, et, sur 194 sujets autopsiés par le second à l'hôpital des Enfants, 66 avaient des tubercules dans les poumons. A quoi tient cette dissidence? Sans doute à la plus grande exactitude des recherches de MM. Hache et Papavoine.

Le *sexe* a également une influence marquée dans la production de la phthisie. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes, et cela d'une manière notable. Non-seulement elles la présentent beaucoup plus fréquemment (environ comme 5 est à 3, d'après les relevés statistiques de M. Lombard), mais encore elles succombent plus souvent que les hommes aux phthisies aiguës.

Une *constitution faible*, l'*étroitesse de la poitrine*, la facilité à contracter des *rhumes*, l'*essoufflement habituel*, la *pâleur* avec une rougeur vive et circonscrite des pommettes, dénotent, suivant un bon nombre d'auteurs, une tendance très grande à contracter la phthisie pulmonaire; mais cette opinion n'a pas pour elle l'appui d'une observation rigoureuse, et il est permis de croire que, dans un grand nombre de cas, ces prétendus signes ne sont autre chose que des symptômes d'une phthisie pulmonaire déjà existante, qu'on n'a point encore pu diagnostiquer positivement.

La nature des lésions anatomiques trouvées dans les glandes chez les sujets *scrofuleux*, et la coïncidence des scrofules et de la phthisie signalée par un grand nombre de médecins, ont fait penser qu'il y avait entre ces deux affections une liaison intime. Je ferai voir à l'article consacré aux *scrofules* que cette manière de voir est loin d'être fondée.

Il semble que rien ne soit plus facile que d'apprécier l'influence des *saisons* et des *climats* sur le développement de la phthisie; mais le trop petit nombre de statistiques bien faites que nous possédons, et l'incertitude du diagnostic dans certains cas, nous empêchent de pouvoir encore nous prononcer d'une manière positive sur cette importante question.

(1) *Annales d'hygiène*. Paris, 1834, t. XI, p. 5 et suiv.
(2) *Journal des progrès*, 1830, t. II.
(3) *Thèse*. Paris, 1835.

On s'accorde généralement à regarder comme produisant très fréquemment la phthisie, l'habitation dans des lieux bas et mal aérés et dans les climats froids et humides. Suivant le docteur Orton, la phthisie serait inconnue dans le Canada (1); il n'en est pas de même à la Martinique, car M. Rufz (2) a trouvé 123 phthisiques sur 1954 malades. Parmi les saisons, l'automne et l'hiver, et principalement la première, sont considérés comme exerçant la plus grande influence. On regarde aussi comme très propre à produire la maladie le passage d'un pays chaud dans un pays froid, et principalement dans un pays froid et humide. Broussais (3) a insisté beaucoup sur l'action puissante de cette cause; d'autres ont cité comme preuve de son efficacité la fréquence de la phthisie chez les animaux venant des pays chauds dans notre région tempérée. Mais ni Broussais ni le docteur Clot-Bey, qui a fait des observations analogues en Égypte, n'ont établi une distinction suffisante entre les phlegmasies qui se développent sous l'influence de l'action du froid prolongé, chez des sujets déjà tuberculeux, et la première apparition des tubercules. Toutefois il n'est pas impossible que ces diverses circonstances aient une influence très marquée; mais il y en a tant d'autres dont on n'a pas tenu compte, et qui peuvent avoir une action très puissante, qu'il faut attendre, avant de se prononcer, qu'une masse considérable de faits soient venus nous éclairer.

M. Louis a cité les relevés de M. Journé dans les hôpitaux de Rome (4), qui prouvent que la phthisie y est aussi fréquente que dans les hôpitaux de Paris, résultat auquel devaient être bien loin de s'attendre ceux qui attribuent une si grande influence au climat. On ne saurait donc être trop réservé dans la solution de questions aussi ardues, et c'est pourquoi nous ne reproduirons pas le relevé statistique, présenté par M. Andral. Cette question est développée dans le remarquable ouvrage de M. le docteur Boudin, auquel nous renvoyons (5).

La *mauvaise alimentation*, le séjour dans un *lieu sombre et humide*, mal aéré, l'*encombrement*, les *excès* de toute espèce, et en particulier les *excès vénériens* et l'habitude de la *masturbation*, ont été encore classés parmi les causes prédisposantes de la phthisie pulmonaire. Laennec (*loc. cit.*, p. 119) accorde une très grande influence aux *passions tristes*; il cite à ce sujet des exemples qui, sans être tout à fait concluants, doivent fixer l'attention des observateurs. On est naturellement porté à admettre l'action de ces causes, lorsque l'on considère que la phthisie est surtout fréquente chez les habitants des grandes villes, et en particulier parmi les sujets des classes inférieures qui y sont spécialement soumis; mais ce n'est qu'à leur ensemble qu'il nous est permis de rapporter la production de la phthisie, car il n'existe aucun travail qui nous mette à même d'apprécier d'une manière un peu rigoureuse le degré d'influence de chacune d'elles.

A propos de la *masturbation* et des *excès vénériens*, on a dit que les phthisiques

(1) *The Edinburgh med. and surg. Journal* 1844.

(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1842, t. VII, p. 617. — *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. X, p. 223.

(3) *Histoire des phlegmasies chroniques.*

(4) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, t. III, p. 542. Voy. aussi l'intéressant ouvrage de M. le docteur Edouard Carrière : *Le climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical.* Paris, 1849, p. 335.

(5) *Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques.* Paris, 1857, t. II, p. 628 et suiv.

y étaient portés irrésistiblement, et par conséquent on pourrait croire que les habitudes de ce genre annoncent une prédisposition aux tubercules des poumons; mais, comme on le verra plus loin, rien n'est moins exact que cette proposition.

L'*inspiration de poussières* plus ou moins irritantes et de différents *gaz* expose, dit-on, les ouvriers de certaines professions à contracter la phthisie pulmonaire; mais, dans les relevés qui ont été publiés à ce sujet, le diagnostic est trop peu précis, et le nombre des sujets exerçant les diverses professions n'est point encore assez bien déterminé pour qu'on puisse admettre sans réserve un pareil résultat. Ce sujet sera étudié dans l'article suivant.

Quelques auteurs ayant avancé que la plus grande fréquence de la phthisie chez les femmes tenait à l'usage des *corsets trop serrés*, on a dû rechercher dans les observations si cette assertion était prouvée par les faits, et les faits lui ont été contraires.

L'existence d'une *pneumonie* ou d'une *pleurésie* peut-elle être regardée comme une cause prédisposante de la phthisie? Broussais (1) n'hésite pas à regarder ces deux prétendues causes comme les plus importantes, et pour lui, elles sont même déterminantes; mais l'étude attentive des affections de poitrine ne permet pas d'adopter cette manière de voir. Si, en effet, on considère que la pneumonie et la pleurésie sont notablement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, et que ces deux affections ont leur siége à la partie inférieure de la poitrine, on concevra bien difficilement qu'elles puissent produire la phthisie, qui est au contraire notablement plus fréquente chez les femmes, et qui a son siége au sommet du poumon, c'est-à-dire dans un point diamétralement opposé.

M. Andral, tout en reconnaissant que les phlegmasies dont il s'agit jouent un certain rôle dans la production de la phthisie, pense qu'il faut encore admettre, pour en expliquer la formation, la préexistence d'une disposition particulière. Voici sur quoi il s'est fondé. On a vu quelquefois, et M. Andral en cite des exemples, l'invasion des tubercules avoir lieu immédiatement, ou très peu de temps après une pneumonie ou une pleurésie. En outre, cet auteur a rencontré, dans quelques cas de pneumonie, des foyers purulents isolés et très petits, qui lui ont paru être des rudiments de tubercules pulmonaires. Ces apparences ont suffi pour lui faire adopter l'opinion précédente; mais 1° la phthisie se développe quelquefois immédiatement après d'autres maladies fébriles étrangères au poumon : la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole, la scarlatine, etc.; et 2° lorsque je discuterai la valeur des lésions anatomiques, j'exposerai les graves objections qui s'élèvent contre cette appréciation des petits foyers purulents de la pneumonie. De plus, j'établirai entre l'inflammation et la tuberculisation du poumon de telles différences, qu'on ne pourra plus voir rien de commun entre elles.

M. Bouillaud (2) a admis, pour expliquer la production de la phthisie, une nouvelle espèce de pneumonie, à laquelle il donne le nom de *tuberculeuse* ou de *tuberculisatrice*, et qui, selon lui, diffère beaucoup de la *pleuro-pneumonia vera* de Stoll. C'est là une manière de voir qui aurait besoin d'être appuyée de faits nombreux et qui n'est encore qu'à l'état d'hypothèse.

Des réflexions à peu près semblables s'appliquent à l'influence qu'on a attribuée

(1) *Histoire des phlegmasies chroniques*, 3e édit., t. III, p. 393.
(2) *Clinique médicale* de l'hôpital de la Charité. Paris, 1837, t. III, p. 93.

au *catarrhe pulmonaire*. M. Louis a trouvé, en effet, que sur quatre-vingts phthisiques vingt-trois seulement étaient sujets à la bronchite. De plus, il a fait remarquer que les femmes, qui, ainsi qu'on l'a vu plus haut, sont plus sujettes à la phthisie que les hommes, présentent une disposition inverse relativement au catarrhe pulmonaire. Enfin, il a cité des faits dans lesquels la maladie a commencé tout autrement que par une bronchite.

Quant à l'*hérédité*, il est difficile d'asseoir son opinion sur des preuves très positives. On a cité, il est vrai, un assez grand nombre de faits pour prouver que cette maladie est une de celles qui se transmettent le plus facilement par l'hérédité; mais dans quelle proportion se transmet-elle? C'est ce que les recherches les plus exactes, et entre autres celles de M. Briquet (1), ne nous permettent pas d'établir.

Je n'examinerai pas les autres causes qui ont été signalées comme prédisposant à la phthisie, car aucune d'elles n'est appuyée sur un nombre suffisant d'observations bien faites. Je me bornerai à dire que tout ce qui peut détériorer la constitution des jeunes sujets a été rangé parmi ces causes.

2° Causes occasionnelles.

Au nombre des causes que je viens d'énumérer, il en est quelques-unes, et en particulier les diverses phlegmasies du poumon, qui, si elles étaient admises, pourraient être rangées parmi les causes occasionnelles aussi bien que parmi les causes prédisposantes; mais nous avons vu plus haut ce qu'il fallait penser de leur action.

L'*application subite du froid* sur le corps, surtout lorsqu'on est en sueur, est à peu près la seule cause déterminante qui ait été signalée; et encore est-elle hypothétique, car, lorsqu'on entre dans le détail des observations, on ne tarde pas à s'apercevoir que la plupart d'entre elles sont muettes sur ce point, et que celles qui en font mention ne donnent le plus souvent que des renseignements insuffisants. Les réponses du malade n'ont, en effet, dans le plus grand nombre des cas, établi aucune liaison directe entre l'action de la cause prétendue et le début de la maladie. Suivant Laennec, les *fièvres intermittentes graves* paraissent être assez souvent des causes occasionnelles de tubercules; d'un autre côté, M. Boudin (2) affirme que la phthisie et la fièvre intermittente s'excluent mutuellement; ces deux assertions ne sont pas plus exactes l'une que l'autre.

Le dernier de ces deux auteurs a défendu l'antagonisme de la fièvre intermittente et la phthisie avec beaucoup d'érudition et d'ardeur; mais tous les jours des faits cités par les observateurs dignes de foi s'élèvent contre cette supposition. Je citerai M. A. Lefèvre, observant à Rochefort (3); M. Fréchin, observant à Maussanne (4); M. Alexander (d'Altona), au Pérou, au Chili, dans la Nouvelle-Hollande (5); M. Rufz, à la Martinique (6); M. Ducondé, en Belgique (7), et je pourrais multiplier ces citations.

(1) *Revue méd.*, 1842.
(2) *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1842. — *Annales d'hygiène publique*, 1845, t. XXXIII, p. 58.
(3) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1845 t. X, p. 1041.
(4) *Bulletin thérap*, janvier 1844.
(5) *Oppenheim's Zeitschrift*, 1846.
(6) *Mém. de l'Acad. de médecine*, 1843, t. X, p. 223.
(7) *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, septembre 1851.

un simple crachement de sang qui se renouvelle à des époques plus ou moins éloignées. Je renvoie, du reste, pour plus de détails, à l'article *Hémoptysie*, où j'ai fait connaître le résultat des recherches de M. Walshe sur ce point. J'ajoute seulement que ce symptôme a une importance incontestable, puisque M. Louis l'a trouvé dans les deux tiers des cas.

Un bon nombre de sujets n'éprouvent aucune espèce de *douleur*. Il n'en est que très peu qui se plaignent spontanément de souffrir de la poitrine, et moins encore qui accusent des douleurs vives. Le siége de ces douleurs est ordinairement entre les deux épaules. Quelquefois elles traversent la poitrine comme un élancement, et c'est alors surtout qu'elles arrachent des plaintes aux malades; d'autres fois elles fatiguent plus les sujets par leur persistance que par leur intensité. M. Louis (p. 206) a trouvé que ces douleurs étaient généralement en rapport avec les adhérences de la plèvre, qui existent, comme l'on sait, de préférence au sommet des poumons. Dans quelques cas, et en particulier dans sa 31e observation, n'ayant pas trouvé d'adhérence, il a été embarrassé pour expliquer l'existence des douleurs, et n'a pas été éloigné de les attribuer à la présence d'un tubercule enkysté dans le poumon; mais les recherches récentes (1) ont démontré que les phthisiques étaient sujets à des névralgies intercostales quelquefois très violentes, et tout porte à croire que la malade qui fait le sujet de cette observation était affectée d'une de ces névralgies.

M. Beau (2) a trouvé, chez un certain nombre de malades, la cause de ces douleurs dans une véritable inflammation du nerf recouvert par les fausses membranes. Cette inflammation était reconnaissable au gonflement et à la rougeur du nerf. Nous verrons que le même auteur a rapporté à une lésion semblable le point de côté de la pleurésie.

L'*auscultation* et la *percussion* font reconnaître des signes extrêmement précieux, et ces signes ont été observés et décrits par Laennec avec une telle précision, qu'il a laissé peu à faire à ses successeurs.

La *percussion* fait entendre, dans un point limité de la poitrine, presque toujours sous l'une ou l'autre des deux clavicules, ou dans l'une ou l'autre des fosses sus-épineuses, et quelquefois des deux côtés en même temps, un son plus obscur qu'à l'état normal.

Quant à l'*auscultation*, elle fournit des renseignements plus nombreux. A une époque très rapprochée du début, lorsque la maladie ne parcourt pas ses périodes d'une manière plus rapide qu'à l'ordinaire, on ne constate qu'une altération très légère du bruit respiratoire. Cependant on peut reconnaître un *prolongement* plus ou moins marqué de l'*expiration*, sur lequel Jackson a le premier attiré l'attention; ce second temps de la respiration prend également le caractère bronchique. Parfois on distingue une sécheresse, une certaine dureté du bruit respiratoire, que quelques observateurs récents ont décrites sous les noms de *bruit râpeux*, *respiration dure*, *sèche*, *froissement pulmonaire*. Certains sujets ne présentent, dans les points que je viens d'indiquer, qu'un affaiblissement sensible du bruit respiratoire.

On a aussi, à cette époque, constaté par l'*inspection* un commencement d'[illegible]-

(1) Bassereau, *Thèse*. Paris, 1840. — Valleix, *Traité des névralgies*. Paris, 1841.
(2) *Union médicale*, 21 juillet 1849 : De la névrite intercostale dans la phthisie.

mobilité des côtes sous-claviculaires, et, par l'*application de la main*, une augmentation de vibration lorsque le malade parle (1). Ces signes sont présentés avec soin dans un ouvrage fort bien connu sur le *diagnostic des maladies de poitrine*, par M. Walshe (2), mais ils n'ont qu'une valeur secondaire. J'en dirai autant de la forme *cylindrique* que prend le thorax, et qui a été signalée par MM. Woillez et Hirtz.

A une époque un peu plus avancée de cette période de la maladie, ou dès les premiers temps chez les sujets affectés d'une phthisie à marche rapide, il se produit, dans le côté de la poitrine affecté, non-seulement les bruits qui viennent d'être signalés, mais encore un *râle crépitant léger*, quelques *craquements*, un peu de *râle sonore*, une *bronchophonie* légère et diffuse, tous signes dont la valeur est très grande. Je reviendrai sur ces détails à l'occasion du diagnostic.

Il résulte des recherches intéressantes de M. Bourdon (3), que des troubles du côté du tube digestif et d'autres phénomènes se montrent chez un bon nombre de sujets avant les autres signes de la phthisie, ce qui est très important pour le diagnostic. Voici ce qu'il a trouvé : sur 157 phthisiques, 70 fois il y a eu des vomissements, 25 fois des nausées, 16 fois des douleurs gastriques, une fois de la dyspepsie; chez 45 seulement ces phénomènes morbides ont manqué. Rarement on observe la *diarrhée*, qui, lorsqu'elle se manifeste, est de courte durée. On voit un plus grand nombre de malades présenter des *sueurs nocturnes*. Quelques-uns sont soumis à des alternatives de chaud et de froid, principalement le soir. Enfin, dans l'immense majorité des cas, quelle que soit l'intensité des symptômes, le médecin constate un *amaigrissement* plus ou moins marqué, et en rapport avec la marche plus ou moins rapide de la maladie. Ces signes annoncent le travail de destruction qui s'opère sourdement dans le poumon. La *décoloration* de la peau, une *faiblesse* toujours croissante, un *malaise général*, complètent ce groupe de symptômes.

Deuxième période. — Nous retrouvons dans cette période les symptômes qui viennent d'être décrits, mais avec des modifications qu'il importe d'étudier.

La *toux* devient plus fréquente, quinteuse, difficile; elle provoque bien plus facilement le vomissement; elle prend une très grande intensité la nuit, et occasionne l'insomnie. Elle est devenue en même temps plus grasse, et l'expectoration est généralement plus facile.

Les *crachats* subissent un changement remarquable décrit par M. Louis, ainsi qu'il suit : « De blancs, muqueux et plus ou moins aérés, ils deviennent verdâtres, opaques, sont dépourvus d'air et striés de lignes jaunes plus ou moins nombreuses qui les rendent parfois comme panachés. Quelquefois on y rencontre des parcelles d'une matière blanche, opaque, semblable, suivant la remarque de Bayle, à du riz cuit; mais ces parcelles se montrent bien moins souvent que les stries. Plus tard ces stries et ces parcelles disparaissent dans le plus grand nombre des cas; les crachats sont alors homogènes et ont une forme arrondie, ou comme lacérée au pourtour. Ils sont lourds, plus ou moins consistants, ne gagnent pas toujours le fond de l'eau, et flottent même assez fréquemment à la surface d'un liquide clair expectoré par les malades. Après s'être montrés plus ou moins longtemps d'un

(1) Voy. Monneret, *Mém* [illegible] *pectorale*.
(2) *The phys. diagn.* [illegible] 1843.
(3) *Actes de la* [illegible] *icale*, 1852.

un simple crachement de sang qui se renouvelle à des époques plus ou moins éloignées. Je renvoie, du reste, pour plus de détails à l'article *Hémoptysie*, où j'ai fait connaître le résultat des recherches de M. Walshe sur ce point. J'ajoute seulement que ce symptôme a une importance incontestable, puisque M. Louis l'a trouvé dans les deux tiers des cas.

Un bon nombre de sujets n'éprouvent aucune espèce de *douleur*. Il n'en est que très peu qui se plaignent spontanément de souffrir de la poitrine, et moins encore qui accusent des douleurs vives. Le siége de ces douleurs est ordinairement entre les deux épaules. Quelquefois elles traversent la poitrine comme un élancement, et c'est alors surtout qu'elles arrachent des plaintes aux malades; d'autres fois elles fatiguent plus les sujets par leur persistance que par leur intensité. M. Louis (p. 206) a trouvé que ces douleurs étaient généralement en rapport avec les adhérences de la plèvre, qui existent, comme l'on sait, de préférence au sommet des poumons. Dans quelques cas, et en particulier dans sa 31ᵉ observation, n'ayant pas trouvé d'adhérence, il a été embarrassé pour expliquer l'existence des douleurs, et n'a pas été éloigné de les attribuer à la présence d'un tubercule enkysté dans le poumon; mais les recherches récentes (1) ont démontré que les phthisiques étaient sujets à des névralgies intercostales quelquefois très violentes, et tout porte à croire que le malade qui fait le sujet de cette observation était affectée d'une de ces névralgies.

M. Beau (2) a trouvé, chez un certain nombre de malades, la cause de ces douleurs dans une véritable inflammation du nerf recouvert par les fausses membranes. Cette inflammation était reconnaissable au gonflement et à la rougeur du nerf. Nous verrons que le même auteur a rapporté à une lésion semblable le point de côté de la pleurésie.

L'*auscultation* et la *percussion* font reconnaître des signes extrêmement précieux, et ces signes ont été observés et décrits par Laennec avec une telle précision, qu'il a laissé peu à faire à ses successeurs.

La *percussion* fait entendre, dans un point limité de la poitrine, presque toujours sous l'une ou l'autre des deux clavicules, ou dans l'une ou l'autre des fosses sus-épineuses, et quelquefois des deux côtés en même temps, un son plus obscur qu'à l'état normal.

Quant à l'*auscultation*, elle fournit des renseignements plus nombreux. A une époque très rapprochée du début, lorsque la maladie ne parcourt pas ses périodes d'une manière plus rapide qu'à l'ordinaire, on ne constate qu'une altération très légère du bruit respiratoire. Cependant on peut reconnaître un *prolongement* plus ou moins marqué de l'*expiration*, sur lequel Jackson a le premier attiré l'attention; ce second temps de la respiration prend également le caractère bronchique. Parfois on d[illegible]e une sécheresse, une certaine dureté du bruit respiratoire, que quelques observateurs récents ont décrites sous les noms de *bruit râpeux*, *respiration dure*, *sèche*, *froissement pulmonaire*. Certains sujets ne présentent, dans les points que je viens d'indiquer, qu'un affaiblissement sensible du bruit respiratoire.

On a aussi, à cette époque, constaté par l'*inspection* un commencement d'im-

(1) Bassereau, *Thèse*. Paris, 1840. — Valleix, *Traité des névralgies*. Paris, 1841.
(2) *Union médicale*, 21 juillet 1849 : *De la névrite intercostale dans la phthisie*.

mobilité des côtes sous-claviculaires, et, par l'*application de la main*, une augmentation de vibration lorsque le malade parle (1). Ces signes sont présentés avec soin dans un ouvrage fort bien connu sur le *diagnostic des maladies de poitrine*, par M. Walshe (2), mais ils n'ont qu'une valeur secondaire. J'en dirai autant de la forme *cylindrique* que prend le thorax, et qui a été signalée par MM. Woillez et Hirtz.

A une époque un peu plus avancée de cette période de la maladie, ou dès les premiers temps chez les sujets affectés d'une phthisie à marche rapide, il se produit, dans le côté de la poitrine affecté. non-seulement les bruits qui viennent d'être signalés, mais encore un *râle crépitant léger*, quelques *craquements*, un peu de *râle sonore*, une *bronchophonie* légère et diffuse, tous signes dont la valeur est très grande. Je reviendrai sur ces détails à l'occasion du diagnostic.

Il résulte des recherches intéressantes de M. Bourdon (3), que des troubles du côté du tube digestif et d'autres phénomènes se montrent chez un bon nombre de sujets avant les autres signes de la phthisie, ce qui est très important pour le diagnostic. Voici ce qu'il a trouvé : sur 157 phthisiques, 70 fois il y a eu des vomissements, 25 fois des nausées, 16 fois des douleurs gastriques, une fois de la dyspepsie; chez 45 seulement ces phénomènes morbides ont manqué. Rarement on observe la *diarrhée*, qui, lorsqu'elle se manifeste, est de courte durée. On voit un plus grand nombre de malades présenter des *sueurs nocturnes*. Quelques-uns sont soumis à des alternatives de chaud et de froid, principalement le soir. Enfin, dans l'immense majorité des cas, quelle que soit l'intensité des symptômes, le médecin constate un *amaigrissement* plus ou moins marqué, et en rapport avec la marche plus ou moins rapide de la maladie. Ces signes annoncent le travail de destruction qui s'opère sourdement dans le poumon. La *décoloration* de la peau, une *faiblesse* toujours croissante, un *malaise général*, complètent ce groupe de symptômes.

Deuxième période. — Nous retrouvons dans cette période les symptômes qui viennent d'être décrits, mais avec des modifications qu'il importe d'étudier.

La *toux* devient plus fréquente, quinteuse, difficile; elle provoque bien plus facilement le vomissement; elle prend une très grande intensité la nuit, et occasionne l'insomnie. Elle est devenue en même temps plus grasse, et l'expectoration est généralement plus facile.

Les *crachats* subissent un changement remarquable décrit par M. Louis, ainsi qu'il suit : « De blancs, muqueux et plus ou moins aérés, ils deviennent verdâtres, opaques, sont dépourvus d'air et striés de lignes jaunes plus ou moins nombreuses qui les rendent parfois comme panachés. Quelquefois on y rencontre des parcelles d'une matière blanche, opaque, semblable, suivant la remarque de Bayle, à du riz cuit; mais ces parcelles se montrent bien moins souvent que les stries. Plus tard ces stries et ces parcelles disparaissent dans le plus grand nombre des cas; les crachats sont alors homogènes et ont une forme arrondie, ou comme lacérée au pourtour. Ils sont lourds, plus ou moins consistants, ne gagnent pas toujours le fond de l'eau, et flottent même assez fréquemment à la surface d'un liquide clair expectoré par les malades. Après s'être montrés plus ou moins longtemps d'un

(1) Voy. Monneret, *Mém. sur l'ondulation pectorale*.
(2) *The phys. diagn. of diseases of the lungs*. London, 1843.
(3) *Actes de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 2e fascicule, 1852.

jaune verdâtre, ils prennent une teinte grisâtre et d'un aspect sale assez analogue à celui de la matière contenue dans les excavations tuberculeuses déjà anciennes. Ces changements se passent ordinairement peu de jours avant la mort; alors les crachats perdent une partie de leur consistance, forment une sorte de purée, et sont quelquefois souillés de sang ou entourés d'une auréole rose. » Je n'ai rien à ajouter à cette description de M. Louis, si ce n'est que, dans quelques cas exceptionnels, les crachats restent constamment muqueux, aérés, blanchâtres ou ont un aspect vitré. M. Louis a cité trois cas de ce genre. L'abondance des crachats est beaucoup moindre dans cette seconde période que dans la première. Lorsqu'ils paraissent très abondants, c'est qu'ils sont mêlés à une certaine quantité de crachats muqueux ou de mucosités liquides comme ceux de la première période. J'indiquerai au *diagnostic* les recherches faites dans le but de découvrir le tubercule dans les crachats.

L'*hémoptysie* est plus rare à cette seconde époque qu'à la première; on l'observe quelquefois vers la fin de la maladie, et alors elle est peu abondante. Il n'en est pas de même de la *dyspnée*, de l'*oppression* et des *douleurs* de poitrine, qui ont toutes fait des progrès notables.

A cette époque, les signes fournis par la *percussion*, et surtout par l'*auscultation*, deviennent beaucoup plus évidents. On trouve à la partie inférieure du thorax, sous les clavicules, dans les fosses sus-épineuses, soit d'un seul côté, soit plus fréquemment des deux, une *obscurité notable* ou une *matité complète* du son; des *craquements* plus ou moins secs s'y font entendre, et souvent un *râle sous-crépitant* assez abondant : c'est là ce que M. Hirtz (1) et M. Fournet ont désigné, l'un sous le nom de *râle caverneuleux*, et l'autre sous celui de *râle de craquement sec ou humide*. Plus tard la matité s'étend encore, occupe une grande étendue du lobe supérieur, et le bruit respiratoire devient *rude*, *trachéal*, au sommet du poumon. Fréquemment il s'y joint un *gros râle crépitant*, et l'on entend la *bronchophonie*. Plus tard encore, on trouve un véritable *gargouillement* accompagné d'une *pectoriloquie* plus ou moins parfaite. Quelquefois on constate, dans les points occupés par la maladie, une certaine sonorité, et en même temps une *respiration caverneuse* ou *amphorique*, avec pectoriloquie. On voit parfois, en pareille circonstance, reparaître le son dans des points où existait la matité, ce qui est dû à la pénétration de l'air dans des cavernes nouvellement formées. Il faut être prévenu de cette circonstance pour éviter les méprises. Dans quelques cas rares, la percussion donne lieu à un *bruit de pot fêlé*, et l'on entend, pendant l'inspiration, le *tintement métallique*. Ces derniers signes, sur lesquels je reviendrai à l'article du *diagnostic*, annoncent la formation d'une très vaste caverne.

C'est alors que certains signes indiqués plus haut acquièrent le plus de valeur : ainsi, lorsque les cavernes sont vastes et nombreuses, la *dépression sous-claviculaire* est très apparente; l'*immobilité* des côtes de cette région est facile à apprécier; mais je n'insiste pas sur ces signes, le diagnostic étant alors solidement établi sur d'autres phénomènes bien plus importants.

Mais ce qui est le plus remarquable dans cette seconde période, c'est l'apparition de la *fièvre*, ou son accroissement, si déjà elle avait existé dans le cours de la pre-

(1) *Thèse inaugurale*. Strasbourg, 1835.

mière époque. D'après les relevés de M. Louis, le mouvement fébrile ne débute avec les premiers symptômes que dans un peu plus de la cinquième partie des cas; dans l'autre cinquième, il se déclare pendant la première période; et, dans les trois autres cinquièmes, c'est pendant cette seconde période qu'il apparaît. Dans le plus grand nombre des cas, il se manifeste par une grande sensibilité au froid et par des frissons qui se reproduisent ordinairement tous les soirs; quelques sujets seulement les éprouvent plusieurs fois dans la journée. Ces frissons sont ordinairement suivis de chaleur et de sueur. M. Louis a constaté que la dixième partie des sujets qui les éprouvaient n'avaient ensuite aucune sueur, tandis que quelquefois ces sueurs étaient très abondantes, sans avoir été précédées de frisson. Ces espèces d'*accès fébriles* prennent quelquefois une *régularité* telle qu'ils ont les caractères d'une fièvre intermittente quotidienne. Ils constituent ces exacerbations, ces paroxysmes fébriles remarquables dans la phthisie comme dans toutes les affections qui donnent lieu à la fièvre hectique, et qui ont de tout temps fixé l'attention des observateurs. L'apparition de la fièvre est un des phénomènes les plus importants de la maladie; car elle donne une impulsion nouvelle à tous les symptômes dont la marche est en raison directe de son intensité.

On voit alors survenir des *troubles* plus ou moins marqués de la *digestion* : l'*appétit* se perd; on observe des *vomissements* bien différents de ceux que j'ai signalés plus haut; ils n'ont pas besoin d'être provoqués par les efforts de la toux, et la matière vomie n'est plus seulement constituée par les aliments et les boissons, mais par des mucosités et même de la bile. Chez un certain nombre de malades, ces vomissements sont, pendant un temps variable, précédés de nausées fatigantes et de douleurs plus ou moins vives à l'épigastre. En pareil cas, ces symptômes sont dus à l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, ou, beaucoup plus rarement, à son ulcération. En même temps la *soif* s'allume et devient quelquefois très vive dans le cours de la maladie. La langue cependant peut rester naturelle, malgré cet état de l'estomac, et ce n'est que dans les cas où la fièvre est très intense qu'elle rougit, se couvre de mucosités, ou, bien plus rarement, se dessèche.

Une *diarrhée* plus ou moins abondante vient encore augmenter l'affaiblissement des malades. M. Louis ne l'a vue manquer que cinq fois sur 112 cas. Chez quelques sujets, elle commence avec les premiers symptômes, et ne cesse plus pendant tout le cours de la maladie. M. Louis en a vu qui, pendant quatre ou cinq ans qu'a duré la phthisie, ont été sujets à cette diarrhée. Mais c'est dans la seconde période, et lorsque la fièvre s'est allumée, que cet accident se déclare plus particulièrement. D'abord la diarrhée n'est point continue : elle dure pendant un temps plus ou moins long, se calme ensuite, et se reproduit avec ou sans cause connue. Enfin, à mesure qu'on approche du terme de la maladie, elle devient persistante, abondante, et constitue la *diarrhée colliquative* décrite par tous les auteurs. Cette diarrhée est ordinairement accompagnée de coliques. Nous verrons plus loin à quelle lésion anatomique il faut la rapporter.

C'est aussi à une époque assez avancée de la maladie que se développent ces accidents du côté du larynx que l'on a généralement décrits sous le nom de *phthisie laryngée*. Je renvoie le lecteur à la description que j'en ai donnée dans l'article consacré à la laryngite ulcéreuse.

Lorsque tous les symptômes que je viens d'énumérer existent à la fois, la maladie

fait des progrès très rapides; l'amaigrissement devient extrême; la face, qui jusqu'alors avait conservé un peu de rougeur aux pommettes, pâlit et maigrit avec rapidité; les yeux se cernent, les joues se creusent, les lèvres s'amincissent; les membres, grêles, ont perdu toutes leurs forces, et le malade meurt dans le marasme, en conservant presque toujours son intelligence.

Chez quelques sujets, il survient des accidents qui ont leur siége dans d'autres organes et qui sont très importants à connaître; mais comme ils constituent des états morbides qui ont des symptômes et une marche qui leur sont propres, je les réserve pour des articles séparés, me contentant de les mentionner ici. Quelquefois ce sont des accidents cérébraux qui viennent compliquer la maladie, et qui sont dus au développement d'une *méningite granuleuse* ou *tuberculeuse;* d'autres fois les symptômes d'une péritonite se développent lentement, et il existe une *péritonite chronique tuberculeuse;* chez quelques sujets, on voit survenir tout à coup une *péritonite aiguë* qui est occasionnée par une perforation de l'intestin, et qui ne tarde pas à emporter les malades. La perforation du poumon qui produit le *pneumothorax* a des symptômes analogues et un résultat aussi funeste.

Tels sont les principaux symptômes de la phthisie pulmonaire; je n'ajouterai, pour compléter cette description, que quelques mots relatifs à l'état des *organes génitaux* et des *ongles* chez les phthisiques. M. Louis, ayant tenu compte de l'état des fonctions générales chez les malades observés par lui, a trouvé que les hommes, loin de présenter cette exaltation que l'on attribue aux phthisiques, avaient ces fonctions affaiblies comme toutes les autres; et quant aux femmes, tout le monde a observé que les règles diminuent et finissent par se supprimer à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Lorsque la marche de la phthisie est lente, on ne découvre pas la cause de cette suppression des menstrues; mais, dans le cas contraire, on voit l'écoulement languir et s'arrêter au début de la fièvre.

M. Vernois (1), ayant étudié l'état des *ongles* chez les phthisiques, a trouvé qu'ils présentaient, plus souvent que dans toute autre maladie chronique, les caractères qui leur ont fait donner le nom d'*ongles hippocratiques*, c'est-à-dire que la dernière phalange paraît gonflée à son extrémité, que la racine de l'ongle est comme soulevée, et que celui-ci, plus ou moins plat transversalement, est recourbé assez fortement d'avant en arrière, ce qui lui donne la forme d'une massue.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* habituelle de la phthisie est essentiellement chronique : elle est ordinairement lente et graduelle. Cependant il n'est pas rare de voir survenir, dans son cours, des améliorations notables et de durée variable, après lesquelles elle semble souvent reprendre une nouvelle intensité. La circonstance qui a sans contredit le plus d'influence sur la marche de la maladie est, comme je l'ai déjà dit, l'apparition de la fièvre. Suivant, en effet, qu'elle se manifeste à une époque plus ou moins rapprochée du début et qu'elle acquiert rapidement une plus ou moins grande intensité, on voit la maladie marcher avec une extrême lenteur ou parcourir rapidement toutes ses périodes. Dans ce dernier cas, la marche de la maladie peut être

(1) *Archives générales de médecine*, 3e série, 1839, t. VI, p. 310.

très aiguë ; on observe alors ces *phthisies aiguës* que M. Louis a particulièrement étudiées et dans lesquelles de vives douleurs de poitrine, une toux déchirante, un amaigrissement rapide avec des signes physiques portés promptement au plus haut degré, annoncent que le malade sera entraîné en très peu de temps au tombeau. Tout récemment encore (1), il est mort à l'Hôtel-Dieu, dans le service de ce médecin, une femme de vingt-huit ans, dont la phthisie a parcouru toutes ses périodes dans l'espace d'un mois. Dans ces cas, on a vu assez souvent la maladie débuter par une expectoration plus ou moins abondante, qui présentait bientôt les caractères de la seconde période.

M. Leudet (2) a remarqué que l'*amaigrissement* notable ne survient dans la phthisie aiguë que lorsqu'elle n'est qu'une recrudescence d'une tuberculisation ancienne ; quand la maladie débute tout à coup, le malade conserve jusqu'à la fin un certain degré d'embonpoint.

L'influence de la fièvre sur la marche de la phthisie est tellement marquée, qu'elle se fait sentir alors même qu'elle est due à une maladie étrangère aux organes thoraciques. Ainsi on voit une pneumonie, une fièvre typhoïde, une rougeole, une scarlatine, précipiter la marche d'une phthisie pulmonaire jusqu'alors très lente ; c'est là sans doute ce qui a donné lieu à l'opinion erronée de quelques auteurs qui ont regardé ces maladies, et en particulier la pneumonie et la pleurésie, comme des causes de tubercules.

Une opinion assez généralement répandue est que l'état de grossesse suspend les symptômes de la phthisie, qui reprennent leur marche, ou même en prennent une plus aiguë, après l'accouchement. Les faits sont loin d'être toujours d'accord avec cette opinion. Je citerai, entre autres, ceux qu'ont rapportés MM. A. Robert (de Strasbourg) et M. Hervieux (3). Celui qu'a recueilli M. Robert est surtout remarquable en ce que la femme est morte pendant la gestation même, qui n'avait nullement empêché la maladie de faire des progrès rapides.

Plus récemment M. le docteur Dubreuilh (4) a recueilli un assez grand nombre de faits dans le but d'éclairer cette question, et il résulte de ses recherches que, loin d'être une circonstance heureuse, la coexistence d'une grossesse et de la phthisie ajoute encore au péril et le rend plus prochain.

La marche toujours croissante de la phthisie se retrouve en général dans chaque symptôme; cependant il est remarquable que l'hémoptysie a très souvent une marche inverse, et que, fréquente et très abondante dans les premiers temps de la maladie, elle est, vers la fin, rare et d'une abondance médiocre.

Rien n'est plus variable que la *durée* de la phthisie. Lorsqu'elle a une marche aiguë, elle peut se terminer en moins d'un mois, tandis que, dans le cas contraire, on a vu des sujets vivre pendant plus de vingt ans avec une phthisie bien caractérisée. Néanmoins la durée ordinaire de la maladie est d'un à deux ans. L'âge ne paraît pas avoir une influence marquée sur elle. Il n'en est pas de même du sexe; la mort arrive, en effet, plus rapidement chez les femmes que chez les hommes.

(1) *Gazette des hôpitaux*, décembre 1847.
(2) Leudet, *Thèse*. Paris, 1851.
(3) *Union médicale*, janvier et mars 1847.
(4) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1851, t. XVII, p. 14 et suiv.

La *terminaison* de la maladie a presque toujours lieu par la mort. Bayle regardait cette terminaison comme constante ; mais il est quelques cas de guérison spontanée dont on ne peut s'empêcher de reconnaître l'authenticité, et sur lesquels je reviendrai à l'occasion du pronostic. Lorsque la mort survient, elle arrive lentement dans le plus grand nombre des cas, et par suite du dépérissement excessif, de la consomption dans laquelle les malades sont plongés. Plusieurs accidents ou lésions concomitantes peuvent, comme je l'ai déjà dit, accélérer cette terminaison. Ainsi la perforation du poumon, celle de l'intestin grêle ; la méningite tuberculeuse, qui, par sa gravité et ses symptômes particuliers, constitue une des maladies cérébrales les plus importantes ; une hémoptysie foudroyante, accident dont j'ai parlé à l'occasion de l'hémorrhagie pulmonaire ; l'œdème de la glotte consécutif aux ulcères du larynx, peuvent mettre plus ou moins promptement un terme aux jours des malades. Dans des cas rares, on en a vu mourir subitement sans qu'on pût en trouver la cause.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été l'objet de recherches très exactes de la part des auteurs qui se sont récemment occupés de la phthisie ; il y a eu même sur ce point des discussions très importantes ; mais, sans entrer dans ces détails, qui nous entraîneraient trop loin, je me contenterai d'exposer les altérations des organes dans un résumé succinct qui suffira au praticien.

On trouve, dans les poumons, des corps d'une nature particulière auxquels on a donné le nom de *tubercules*. Ces productions morbides se présentent sous des aspects très différents, suivant que la maladie est parvenue à un degré plus ou moins avancé. Lorsqu'elle est encore commençante, on voit, soit de petits corps isolés, auxquels Laennec a donné le nom de *tubercules miliaires*, et que M. Louis désigne sous celui de *granulations grises*, soit une *infiltration* de la matière qui forme ces granulations.

Les *granulations* sont de petits corps arrondis, homogènes, luisants à la coupe, résistant assez fortement à la pression, et variant pour la grosseur entre un grain de millet et un pois. Suivant M. Andral, ces granulations seraient précédées, au moins dans quelques cas, par la condensation d'une petite gouttelette de véritable pus. Mais on a fait remarquer que ces granulations grises demi-transparentes n'avaient nullement l'aspect du pus concrété, et qu'elles ne le prenaient qu'à une époque plus avancée du développement des tubercules. Cette objection s'applique également à la manière de voir de MM. Cruveilhier et Lallemand, qui n'ont point accordé assez de valeur à cette demi-transparence et à cette dureté de la matière grise, ainsi qu'aux différents changements qu'elle subit plus tard. Quelques auteurs ont dit qu'avant cette granulation miliaire on trouvait déjà un petit foyer sanguin qui en était le rudiment; mais d'autres, au nombre desquels il faut citer M. Schroeder van der Kolk (1) et Natalis Guillot (2), ont découvert, à l'aide du microscope, la granulation grise demi-transparente à son état rudimentaire, et sans aucune infiltration sanguine. A une époque plus avancée de la maladie, il se forme au milieu de

(1) *Observ. anat. path. et pract. argum.* Amstelodami, 1826.
(2) Journal *l'Expérience*, n° 35, 1838.

ces granulations un point jaune opaque qui envahit peu à peu toutes les parties, de manière à former ce qu'on a appelé le tubercule.

La seconde forme sous laquelle peut se présenter la matière grise est, comme je l'ai dit, celle d'*infiltration*. Laennec l'a désignée sous le nom d'*infiltration tuberculeuse grise*. Cette matière envahit le tissu, dont il ne reste bientôt plus de traces au milieu d'elle ; elle forme des masses irrégulières, dont l'étendue est variable, et en général de 3 à 6 centimètres cubes. Elle a le même aspect que les granulations, c'est-à-dire qu'elle est brillante, homogène et sans structure distincte. C'est au milieu d'elle que se développent les *points jaunes* qui formeront plus tard les tubercules. M. Carswell (1) affirme que le point jaune existe tout d'abord dans les granulations ou dans l'infiltration grise, qui n'est, à proprement parler, qu'un amas de granulations ; mais ce fait n'est pas confirmé par d'autres auteurs, et en particulier par M. Schroeder van der-Kolk. A mesure que la maladie fait des progrès, le point jaune augmente, de telle sorte qu'il finit par se présenter sous l'aspect d'un corps plus ou moins bien arrondi, d'un volume variant entre celui d'un pois et celui d'un œuf de poule, d'un blanc jaunâtre mat, opaque, d'une consistance assez variable, friable, se laissant écraser sous les doigts comme du fromage, et sans traces d'organisation. Cette substance est composée principalement de matière animale et de quelques sels de chaux et de fer.

Plus tard encore, les tubercules subissent une autre modification ; ils se *ramollissent* ; c'est par leur centre que commence le ramollissement ; les cas où il n'en est pas ainsi sont exceptionnels. On a dit que ce ramollissement était causé par l'inflammation des tissus environnants ; mais le point de départ de ce ramollissement prouve qu'il n'en est réellement point ainsi. M. Carswell n'admet le ramollissement central que dans les cas où il existe au centre des tubercules une petite cavité contenant de la sérosité ; ce fait n'est point confirmé par les recherches des autres auteurs. Lorsque le ramollissement est complet, la matière tuberculeuse est sous forme d'une bouillie épaisse et jaunâtre, au milieu de laquelle se rencontrent souvent des fragments irréguliers non encore ramollis ; plusieurs auteurs ont désigné ces foyers purulents sous le non de *vomiques*. M. Louis a vu le ramollissement s'opérer simultanément dans une grande étendue de poumons (quelquefois un lobe tout entier). C'est toujours dans la phthisie aiguë que les choses se passent de cette manière.

Cette matière tuberculeuse, cette vomique dont je viens de parler, ne tarde pas à être expulsé par les bronches ; il reste alors dans les poumons une ou plusieurs cavités auxquelles on a donné le nom de *cavernes* ou d'*excavations*. M. Louis a remarqué qu'elles offraient des différences notables, suivant leur degré d'ancienneté, et voici, d'après cet auteur, quelles sont ces différences. Les cavernes peu anciennes, celles qu'on trouve chez les sujets qui ont succombé après trois ou quatre mois de maladie, ne sont jamais entièrement vides ; leurs parois sont molles et tapissées par une fausse membrane peu résistante, qu'on enlève facilement ; le tissu pulmonaire est très rarement à nu. Les cavernes anciennes ont au contraire presque constamment des parois dures et formées par de la matière grise demi-transparente, des tubercules et quelquefois de la mélanose. Chez les trois quarts

(1) *Cyclopædia of pract. med.* London.

trouve tel qu'il a été décrit plus haut; dans les anciennes, et sur
qui sont anfractueuses et dépourvues de fausses membranes, la
sâtre ou verdâtre, sale, peu épaisse, et contient quelquefois du s
moins grande quantité. M. Louis a vu, dans un cas, un fragment
naire isolé au milieu d'une caverne : ce cas est très rare. En gén
contenue dans les cavernes est sans odeur ou n'a qu'une odeur f
quefois elle est très fétide. M. Andral a trouvé, dans quelques c
cette fétidité dans la *gangrène des parois de la caverne :* l'odeur
gréneuse; mais dans d'autres, il existe une fétidité semblable à c
les substances animales en macération, et l'on n'a rien découvert
phénomène.

Dans ces derniers temps, on a trouvé fréquemment, chez les viei
crétions semblables à des fragments de cartilage, d'os, de pierre ou de
quelles Laennec a donné les noms de *concrétions cartilagineuses*, *os*
et crétacées. Ce sont ces concrétions qui l'avaient porté à admettre
une phthisie calculeuse; mais les recherches de M. Andral, et su
Rogée (1), ont démontré que ces corps étaient une nouvelle modific
cule, qui, au lieu de se ramollir et d'être évacué, se concrète et devi

Dans ces dernières années, on a étudié avec un grand soin et be
leté les tubercules à l'aide du microscope. Voici, d'après M. Lebert,
est le plus récent (2), les caractères propres à ces productions morb

Il y a trois éléments constants : 1° des *granules moléculaires* d
millimètre; ils sont disséminés dans toute la masse tuberculeuse; 2°
interglobulaire, qui est d'un jaune grisâtre et demi-transparente
moyen de cohésion aux globules et aux granules; 3° enfin, les *glo*
leux, qui constituent le caractère microscopique essentiel de la pr
bide. Ces globules ont de $\frac{1}{140}$ à $\frac{1}{120}$ de millimètre et des contours

ces granulations un point jaune opaque qui envahit peu à peu toutes les parties, de manière à former ce qu'on a appelé le tubercule.

La seconde forme sous laquelle peut se présenter la matière grise est, comme je l'ai dit, celle d'*infiltration*. Laennec l'a désignée sous le nom d'*infiltration tuberculeuse grise*. Cette matière envahit le tissu, dont il ne reste bientôt plus de traces au milieu d'elle ; elle forme des masses irrégulières, dont l'étendue est variable, et en général de 3 à 6 centimètres cubes. Elle a le même aspect que les granulations, c'est-à-dire qu'elle est brillante, homogène et sans structure distincte. C'est au milieu d'elle que se développent les *points jaunes* qui formeront plus tard les tubercules. M. Carswell (1) affirme que le point jaune existe tout d'abord dans les granulations ou dans l'infiltration grise, qui n'est, à proprement parler, qu'un amas de granulations ; mais ce fait n'est pas confirmé par d'autres auteurs, et en particulier par M. Schroeder van der Kolk. A mesure que la maladie fait des progrès, le point jaune augmente, de telle sorte qu'il finit par se présenter sous l'aspect d'un corps plus ou moins bien arrondi, d'un volume variant entre celui d'un pois et celui d'un œuf de poule, d'un blanc jaunâtre mat, opaque, d'une consistance assez variable, friable, se laissant écraser sous les doigts comme du fromage, et sans traces d'organisation. Cette substance est composée principalement de matière animale et de quelques sels de chaux et de fer.

Plus tard encore, les tubercules subissent une autre modification ; ils se *ramollissent* ; c'est par leur centre que commence le ramollissement ; les cas où il n'en est pas ainsi sont exceptionnels. On a dit que ce ramollissement était causé par l'inflammation des tissus environnants ; mais le point de départ de ce ramollissement prouve qu'il n'en est réellement point ainsi. M. Carswell n'admet le ramollissement central que dans les cas où il existe au centre des tubercules une petite cavité contenant de la sérosité ; ce fait n'est point confirmé par les recherches des autres auteurs. Lorsque le ramollissement est complet, la matière tuberculeuse est sous forme d'une bouillie épaisse et jaunâtre, au milieu de laquelle se rencontrent souvent des fragments irréguliers non encore ramollis ; plusieurs auteurs ont désigné ces foyers purulents sous le non de *vomiques*. M. Louis a vu le ramollissement s'opérer simultanément dans une grande étendue de poumons (quelquefois un lobe tout entier). C'est toujours dans la phthisie aiguë que les choses se passent de cette manière.

Cette matière tuberculeuse, cette vomique dont je viens de parler, ne tarde pas être expulsé par les bronches ; il reste alors dans les poumons une ou plusieurs vités auxquelles on a donné le nom de *cavernes* ou d'*excavations*. M. Louis a marqué qu'elles offraient des différences notables, suivant leur degré d'ancienté, et voici, d'après cet auteur, quelles sont ces différences. Les cavernes peu ciennes, celles qu'on trouve chez les sujets qui ont succombé après trois ou quatre de maladie, ne sont jamais entièrement vides ; leurs parois sont molles et ées par une fausse membrane peu résistante, qu'on enlève facilement ; le lmonaire est très rarement à nu. Les cavernes anciennes ont au contraire e constamment des parois dures et formées par de la matière grise demi-rente, des tubercules et quelquefois de la mélanose. Chez les trois quarts

clopædia of pract. med. London.

M. Beau (1) vient de signaler un autre antagonisme entre la phthisie et l'*intoxication saturnine.* Bien que ses observations ne soient pas nombreuses, cet auteur a cru pouvoir y trouver une indication thérapeutique, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Je ne parlerai pas des *coups* reçus *sur la poitrine*, des *grands efforts de la voix*, de la *toux*, etc., parce que ce sont là de pures hypothèses entièrement dénuées de preuves. Quant à la *contagion*, elle n'est généralement pas admise.

M. Briquet a constaté que dans les quatre dixièmes des cas on ne pouvait découvrir aucune cause occasionnelle. Je crois que ce nombre serait beaucoup plus considérable, si l'on ne se contentait pas des assertions des malades.

§ III. — Symptômes.

Pour faire une description plus méthodique des symptômes de la phthisie, on a généralement divisé cette maladie en plusieurs périodes ou degrés. Avant Laennec, on reconnaissait trois périodes bien tranchées; mais cet auteur, et plus tard M. Louis ont divisé l'affection en deux périodes seulement, dont l'une correspond à l'état de crudité des tubercules, et l'autre à leur ramollissement et à leur évacuation. M. Andral n'admet aucune de ces divisions, attendu que les symptômes se succèdent sans aucune ligne de démarcation évidente. Cette remarque est juste, mais il n'en est pas moins vrai que, suivant qu'on examine la maladie à une époque plus ou moins avancée, on voit prédominer tels ou tels symptômes, et que ceux qui existent subissent des modifications évidentes. C'est pourquoi, après avoir dit un mot du début, je décrirai successivement les deux périodes admises par Laennec et par M. Louis.

Début. — La maladie commence presque toujours d'une manière lente, et pour ainsi dire insidieuse. Il est rare, ainsi qu'on l'a vu plus haut, qu'on puisse la rapporter à une cause connue. Une petite toux, plus fatigante par sa persévérance que par son intensité, et que les malades appellent ordinairement un rhume d'irritation, ouvre presque toujours la scène. Cette toux est sèche; ordinairement plus fréquente le soir. Une certaine langueur, un léger essoufflement dans les grands mouvements, et surtout dans l'action de monter; un amaigrissement peu prononcé et quelquefois des sueurs nocturnes, sont les premiers symptômes que l'on observe après la toux. Dans un nombre assez considérable de cas, le début a lieu d'une tout autre manière, et soit que le malade n'ait eu que des symptômes trop légers pour être remarqués, soit qu'il n'en ait éprouvé aucun, il n'est prévenu du début de la maladie que par une hémoptysie plus ou moins considérable. Cette forme du début de la phthisie a été notée dès la plus haute antiquité : Hippocrate lui a consacré un aphorisme, et c'est elle qui a valu le nom de *phthisis ab hemoptoe* à une des nombreuses espèces admises dans le siècle dernier (2). Tel est le début de la phthisie, sur lequel il est souvent difficile d'obtenir des renseignements précis de la part des malades.

Première période. — La *toux* est, ainsi que je viens de le dire, le symptôme qui frappe d'abord l'attention. Chez un petit nombre de sujets, elle reste sèche,

(1) *Gazette des hôpitaux*, 17 mai 1859.
(2) Morton, *Opera medica* : Phthisiologia.

comme au début, pendant plusieurs mois; mais ordinairement elle s'accompagne d'une petite quantité de crachats mousseux, clairs, semblables à de la salive battue. Cette toux, toujours plus considérable la nuit, est, chez quelques sujets, quinteuse et très difficile; chez un petit nombre, elle n'existe pas dans cette première période, et même ne se montre qu'à la fin de la seconde. M. Louis a vu quelquefois ce symptôme, après avoir existé un certain temps, cesser complétement, pour ne se montrer ensuite que dans les derniers jours de l'existence. M. Andral a fait la même remarque. Lorsque la toux est très forte, elle occasionne beaucoup de dyspnée, et parfois, comme l'a constaté le premier des auteurs que je viens de citer, une sensation pénible à l'épigastre. Quelquefois, enfin, et surtout après le repas, elle provoque le vomissement.

Les *crachats* restent ordinairement longtemps tels que je les ai décrits plus haut; quelquefois, néanmoins, ils deviennent assez promptement épais, plus opaques, moins aérés. Chez quelques sujets, ils prennent une couleur verdâtre; mais ces changements surviennent bien plus ordinairement au commencement de la deuxième période. Lorsque la maladie a une marche rapide, les crachats, ainsi que l'a constaté M. Louis (1), sont quelquefois très abondants; il a vu les malades en rendre de 300 à 600 grammes dans une journée.

La *dyspnée*, que nous avons vue excitée principalement par les quintes de toux, fait des progrès à mesure qu'on avance vers la deuxième période. Elle devient plus continue et augmente beaucoup lorsque les malades veulent courir ou faire une ascension rapide. Le soir, et surtout lorsqu'il survient un mouvement fébrile, on voit, chez un grand nombre d'entre eux, l'essoufflement augmenter par les causes légères. Quelques malades, et ce ne sont guère que ceux qui n'éprouvent pas de fièvre dans les premiers temps de la maladie, n'ont qu'une dyspnée médiocre, jusqu'à ce que l'altération des poumons ait fait des progrès considérables. D'autres, au contraire, ont une dyspnée très grande : c'est ainsi que M. Louis a vu trois malades obligés, pour respirer, d'avoir la tête élevée dans leur lit, ou de se mettre à leur séant; et cependant, à l'ouverture du corps, on ne trouva rien pour expliquer cette anomalie. C'est surtout vers la fin de la première période, et dans la seconde, que cette dyspnée se manifeste.

On observe en même temps une *oppression* très variable, et rapportée, dans la très grande majorité des cas, à la partie moyenne de la poitrine. Il est très rare, dans les cas où un seul poumon est atteint, que les malades accusent des *douleurs* plus vives dans le côté affecté que dans l'autre.

L'*hémoptysie* est un symptôme notablemennt plus fréquent dans la première période de la maladie que dans la seconde, ce qui prouve qu'elle n'est pas due à la destruction même du poumon, mais à un travail particulier dont la nature nous est inconnue. Quelquefois, comme je l'ai dit plus haut, elle est le premier symptôme évident; quelquefois aussi elle apparaît assez tard; mais le plus ordinairement elle a lieu à une époque assez rapprochée du début, déjà marqué par la toux, la dyspnée et les crachats. La violence de l'hémorrhagie est très variable. Quelquefois on observe une de ces hémoptysies extrêmement abondantes, dont j'ai donné la description (voy. *Hémoptysie*). Chez un certain nombre de sujets, la perte de sang n'a qu'une abondance moyenne, et enfin, dans le plus grand nombre des cas, il existe

(1) *Recherches sur la phthisie*, p. 190.

un simple crachement de sang qui se renouvelle à des époques plus ou moins éloignées. Je renvoie, du reste, pour plus de détails, à l'article *Hémoptysie*, où j'ai fait connaître le résultat des recherches de M. Walshe sur ce point. J'ajoute seulement que ce symptôme a une importance incontestable, puisque M. Louis l'a trouvé dans les deux tiers des cas.

Un bon nombre de sujets n'éprouvent aucune espèce de *douleur*. Il n'en est que très peu qui se plaignent spontanément de souffrir de la poitrine, et moins encore qui accusent des douleurs vives. Le siége de ces douleurs est ordinairement entre les deux épaules. Quelquefois elles traversent la poitrine comme un élancement, et c'est alors surtout qu'elles arrachent des plaintes aux malades; d'autres fois elles fatiguent plus les sujets par leur persistance que par leur intensité. M. Louis (p. 206) a trouvé que ces douleurs étaient généralement en rapport avec les adhérences de la plèvre, qui existent, comme l'on sait, de préférence au sommet des poumons. Dans quelques cas, et en particulier dans sa 31ᵉ observation, n'ayant pas trouvé d'adhérence, il a été embarrassé pour expliquer l'existence des douleurs, et n'a pas été éloigné de les attribuer à la présence d'un tubercule enkysté dans le poumon; mais les recherches récentes (1) ont démontré que les phthisiques étaient sujets à des névralgies intercostales quelquefois très violentes, et tout porte à croire que la malade qui fait le sujet de cette observation était affectée d'une de ces névralgies.

M. Beau (2) a trouvé, chez un certain nombre de malades, la cause de ces douleurs dans une véritable inflammation du nerf recouvert par les fausses membranes. Cette inflammation était reconnaissable au gonflement et à la rougeur du nerf. Nous verrons que le même auteur a rapporté à une lésion semblable le point de côté de la pleurésie.

L'*auscultation* et la *percussion* font reconnaître des signes extrêmement précieux, et ces signes ont été observés et décrits par Laennec avec une telle précision, qu'il a laissé peu à faire à ses successeurs.

La *percussion* fait entendre, dans un point limité de la poitrine, presque toujours sous l'une ou l'autre des deux clavicules, ou dans l'une ou l'autre des fosses sus-épineuses, et quelquefois des deux côtés en même temps, un son plus obscur qu'à l'état normal.

Quant à l'*auscultation*, elle fournit des renseignements plus nombreux. A une époque très rapprochée du début, lorsque la maladie ne parcourt pas ses périodes d'une manière plus rapide qu'à l'ordinaire, on ne constate qu'une altération très légère du bruit respiratoire. Cependant on peut reconnaître un *prolongement* plus ou moins marqué de l'*expiration*, sur lequel Jackson a le premier attiré l'attention; ce second temps de la respiration prend également le caractère bronchique. Parfois on distingue une sécheresse, une certaine dureté du bruit respiratoire, que quelques observateurs récents ont décrites sous les noms de *bruit râpeux*, *respiration dure*, *sèche*, *froissement pulmonaire*. Certains sujets ne présentent, dans les points que je viens d'indiquer, qu'un affaiblissement sensible du bruit respiratoire.

On a aussi, à cette époque, constaté par l'*inspection* un commencement d'im-

(1) Bassereau, *Thèse*. Paris, 1840. — Valleix, *Traité des névralgies*. Paris, 1841.
(2) *Union médicale*, 21 juillet 1849 : De la névrite intercostale dans la phthisie.

mobilité des côtes sous-claviculaires, et, par l'*application de la main*, une augmentation de vibration lorsque le malade parle (1). Ces signes sont présentés avec soin dans un ouvrage fort bien connu sur le *diagnostic des maladies de poitrine*, par M. Walshe (2), mais ils n'ont qu'une valeur secondaire. J'en dirai autant de la forme *cylindrique* que prend le thorax, et qui a été signalée par MM. Woillez et Hirtz.

A une époque un peu plus avancée de cette période de la maladie, ou dès les premiers temps chez les sujets affectés d'une phthisie à marche rapide, il se produit, dans le côté de la poitrine affecté. non-seulement les bruits qui viennent d'être signalés, mais encore un *râle crépitant léger*, quelques *craquements*, un peu de *râle sonore*, une *bronchophonie* légère et diffuse ; tous signes dont la valeur est très grande. Je reviendrai sur ces détails à l'occasion du diagnostic.

Il résulte des recherches intéressantes de M. Bourdon (3), que des troubles du côté du tube digestif et d'autres phénomènes se montrent chez un bon nombre de sujets avant les autres signes de la phthisie, ce qui est très important pour le diagnostic. Voici ce qu'il a trouvé : sur 157 phthisiques, 70 fois il y a eu des vomissements, 25 fois des nausées, 16 fois des douleurs gastriques, une fois de la dyspepsie; chez 45 seulement ces phénomènes morbides ont manqué. Rarement on observe la *diarrhée*, qui, lorsqu'elle se manifeste, est de courte durée. On voit un plus grand nombre de malades présenter des *sueurs nocturnes*. Quelques-uns sont soumis à des alternatives de chaud et de froid, principalement le soir. Enfin, dans l'immense majorité des cas, quelle que soit l'intensité des symptômes, le médecin constate un *amaigrissement* plus ou moins marqué, et en rapport avec la marche plus ou moins rapide de la maladie. Ces signes annoncent le travail de destruction qui s'opère sourdement dans le poumon. La *décoloration* de la peau, une *faiblesse* toujours croissante, un *malaise général*, complètent ce groupe de symptômes.

Deuxième période. — Nous retrouvons dans cette période les symptômes qui viennent d'être décrits, mais avec des modifications qu'il importe d'étudier.

La *toux* devient plus fréquente, quinteuse, difficile; elle provoque bien plus facilement le vomissement; elle prend une très grande intensité la nuit, et occasionne l'insomnie. Elle est devenue en même temps plus grasse, et l'expectoration est généralement plus facile.

Les *crachats* subissent un changement remarquable décrit par M. Louis, ainsi qu'il suit : « De blancs, muqueux et plus ou moins aérés, ils deviennent verdâtres, opaques, sont dépourvus d'air et striés de lignes jaunes plus ou moins nombreuses qui les rendent parfois comme panachés. Quelquefois on y rencontre des parcelles d'une matière blanche, opaque, semblable, suivant la remarque de Bayle, à du riz cuit; mais ces parcelles se montrent bien moins souvent que les stries. Plus tard ces stries et ces parcelles disparaissent dans le plus grand nombre des cas; les crachats sont alors homogènes et ont une forme arrondie, ou comme lacérée au pourtour. Ils sont lourds, plus ou moins consistants, ne gagnent pas toujours le fond de l'eau, et flottent même assez fréquemment à la surface d'un liquide clair expectoré par les malades. Après s'être montrés plus ou moins longtemps d'un

(1) Voy. Monneret, *Mém. sur l'ondulation pectorale.*
(2) *The phys. diagn. of diseases of the lungs.* London, 1843.
(3) *Actes de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 2ᵉ fascicule, 1852.

un simple crachement de sang qui se renouvelle à des époques plus ou moins éloignées. Je renvoie, du reste, pour plus de détails, à l'article *Hémoptysie*, où j'ai fait connaître le résultat des recherches de M. Walshe sur ce point. J'ajoute seulement que ce symptôme a une importance incontestable, puisque M. Louis l'a trouvé dans les deux tiers des cas.

Un bon nombre de sujets n'éprouvent aucune espèce de *douleur*. Il n'en est que très peu qui se plaignent spontanément de souffrir de la poitrine, et moins encore qui accusent des douleurs vives. Le siége de ces douleurs est ordinairement entre les deux épaules. Quelquefois elles traversent la poitrine comme un élancement, et c'est alors surtout qu'elles arrachent des plaintes aux malades; d'autres fois elles fatiguent plus les sujets par leur persistance que par leur intensité. M. Louis (p. 206) a trouvé que ces douleurs étaient généralement en rapport avec les adhérences de la plèvre, qui existent, comme l'on sait, de préférence au sommet des poumons. Dans quelques cas, et en particulier dans sa 31ᵉ observation, n'ayant pas trouvé d'adhérence, il a été embarrassé pour expliquer l'existence des douleurs, et n'a pas été éloigné de les attribuer à la présence d'un tubercule enkysté dans le poumon; mais les recherches récentes (1) ont démontré que les phthisiques étaient sujets à des névralgies intercostales quelquefois très violentes, et tout porte à croire que la malade qui fait le sujet de cette observation était affectée d'une de ces névralgies.

M. Beau (2) a trouvé, chez un certain nombre de malades, la cause de ces douleurs dans une véritable inflammation du nerf recouvert par les fausses membranes. Cette inflammation était reconnaissable au gonflement et à la rougeur du nerf. Nous verrons que le même auteur a rapporté à une lésion semblable le point de côté de la pleurésie.

L'*auscultation* et la *percussion* font reconnaître des signes extrêmement précieux, et ces signes ont été observés et décrits par Laennec avec une telle précision, qu'il a laissé peu à faire à ses successeurs.

La *percussion* fait entendre, dans un point limité de la poitrine, presque toujours sous l'une ou l'autre des deux clavicules, ou dans l'une ou l'autre des fosses sus-épineuses, et quelquefois des deux côtés en même temps, un son plus obscur qu'à l'état normal.

Quant à l'*auscultation*, elle fournit des renseignements plus nombreux. A une époque très rapprochée du début, lorsque la maladie ne parcourt pas ses périodes d'une manière plus rapide qu'à l'ordinaire, on ne constate qu'une altération très légère du bruit respiratoire. Cependant on peut reconnaître un *prolongement* plus ou moins marqué de l'*expiration*, sur lequel Jackson a le premier attiré l'attention; ce second temps de la respiration prend également le caractère bronchique. Parfois on distingue une sécheresse, une certaine dureté du bruit respiratoire, que quelques observateurs récents ont décrites sous les noms de *bruit râpeux*, *respiration dure*, *sèche*, *froissement pulmonaire*. Certains sujets ne présentent, dans les points que je viens d'indiquer, qu'un affaiblissement sensible du bruit respiratoire.

On a aussi, à cette époque, constaté par l'*inspection* un commencement d'im-

(1) Bassereau, *Thèse*. Paris, 1840. — Valleix, *Traité des névralgies*. Paris, 1841.
(2) *Union médicale*, 21 juillet 1849 : De la névrite intercostale dans la phthisie.

mobilité des côtes sous-claviculaires, et, par l'*application de la main*, une augmentation de vibration lorsque le malade parle (1). Ces signes sont présentés avec soin dans un ouvrage fort bien connu sur le *diagnostic des maladies de poitrine*, par M. Walshe (2), mais ils n'ont qu'une valeur secondaire. J'en dirai autant de la forme *cylindrique* que prend le thorax, et qui a été signalée par MM. Woillez et Hirtz.

A une époque un peu plus avancée de cette période de la maladie, ou dès les premiers temps chez les sujets affectés d'une phthisie à marche rapide, il se produit, dans le côté de la poitrine affecté, non-seulement les bruits qui viennent d'être signalés, mais encore un *râle crépitant léger*, quelques *craquements*, un peu de *râle sonore*, une *bronchophonie* légère et diffuse, tous signes dont la valeur est très grande. Je reviendrai sur ces détails à l'occasion du diagnostic.

Il résulte des recherches intéressantes de M. Bourdon (3), que des troubles du côté du tube digestif et d'autres phénomènes se montrent chez un bon nombre de sujets avant les autres signes de la phthisie, ce qui est très important pour le diagnostic. Voici ce qu'il a trouvé : sur 157 phthisiques, 70 fois il y a eu des vomissements, 25 fois des nausées, 16 fois des douleurs gastriques, une fois de la dyspepsie; chez 45 seulement ces phénomènes morbides ont manqué. Rarement on observe la *diarrhée*, qui, lorsqu'elle se manifeste, est de courte durée. On voit un plus grand nombre de malades présenter des *sueurs nocturnes*. Quelques-uns sont soumis à des alternatives de chaud et de froid, principalement le soir. Enfin, dans l'immense majorité des cas, quelle que soit l'intensité des symptômes, le médecin constate un *amaigrissement* plus ou moins marqué, et en rapport avec la marche plus ou moins rapide de la maladie. Ces signes annoncent le travail de destruction qui s'opère sourdement dans le poumon. La *décoloration* de la peau, une *faiblesse* toujours croissante, un *malaise général*, complètent ce groupe de symptômes.

Deuxième période. — Nous retrouvons dans cette période les symptômes qui viennent d'être décrits, mais avec des modifications qu'il importe d'étudier.

La *toux* devient plus fréquente, quinteuse, difficile; elle provoque bien plus facilement le vomissement; elle prend une très grande intensité la nuit, et occasionne l'insomnie. Elle est devenue en même temps plus grasse, et l'expectoration est généralement plus facile.

Les *crachats* subissent un changement remarquable décrit par M. Louis, ainsi qu'il suit : « De blancs, muqueux et plus ou moins aérés, ils deviennent verdâtres, opaques, sont dépourvus d'air et striés de lignes jaunes plus ou moins nombreuses qui les rendent parfois comme panachés. Quelquefois on y rencontre des parcelles d'une matière blanche, opaque, semblable, suivant la remarque de Bayle à du riz cuit; mais ces parcelles se montrent bien moins souvent que les stries Plus tard ces stries et ces parcelles disparaissent dans le plus grand nombre cas; les crachats sont alors homogènes et ont une forme arrondie, ou comme lac au pourtour. Ils sont lourds, plus ou moins consis... nt pas tou... fond de l'eau, et flottent même assez fréquem... expectoré par les malades. Après s'être mon...

(1) Voy. Monneret, *Mém. sur l'ondulation pectora...*
(2) *The phys. diagn. of diseases of the lungs.* L...
(3) *Actes de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*,

Traitement curatif. — Quoiqu'on voie succomber un si grand nombre de phthisiques, nous n'en avons pas moins une quantité très considérable de traitements curatifs, dont, au dire de leurs inventeurs, les effets heureux sont des plus évidents. Passons-les en revue, en les appréciant rapidement.

Antiphlogistiques. — Ce n'est guère qu'à l'époque où le système de Broussais dominait en médecine, qu'on a regardé les antiphlogistiques comme des moyens propres à guérir la phthisie. Dans les idées de son école, la maladie étant due à une inflammation, il est tout naturel qu'on l'ait traitée par les moyens généralement opposés à l'inflammation. Jusque-là on s'était contenté d'user de ces moyens dans les complications phlegmasiques qui venaient momentanément donner une impulsion nouvelle à la maladie, les abandonnant aussitôt que l'affection intercurrente avait disparu.

Suivant Broussais, la *saignée générale* doit être pratiquée le plus près possible du début de la maladie, et avec assez d'abondance pour arrêter les progrès de l'inflammation. Plus tard néanmoins elle est encore utile, surtout lorsque l'élévation du pouls, la chaleur de la peau, etc., annoncent une réaction notable. Le même auteur recommande les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* sur la poitrine. Les émollients avec quelques révulsifs complètent son traitement. Les malades sont en même temps soumis à un régime sévère. Nous n'insisterons pas davantage sur ce traitement, qui est aujourd'hui apprécié à sa juste valeur. Broussais avait à traiter des phthisiques qui, après avoir éprouvé de grandes fatigues et avoir supporté de grandes variations de température, contractaient facilement ces phlegmasies intercurrentes dont je viens de parler; c'est alors que, mettant en usage les moyens qui lui étaient familiers, il obtenait une amélioration sensible qui lui faisait croire à la guérison. Les faits de ce genre sont trop nombreux et passent trop fréquemment sous les yeux du praticien, pour qu'il soit nécessaire d'entrer dans de plus grands détails. Nous reviendrons un instant sur ces moyens à l'occasion du traitement des symptômes et des complications.

Inspirations de chlore. — Ce moyen a été préconisé, dans ces dernières années, par MM. Gannal, Richard, Cottereau et quelques autres auteurs. M. Cottereau, en particulier, a rapporté un certain nombre d'observations destinées à en prouver l'efficacité (1). C'est en étendant dans de l'eau le chlore liquide, en en faisant respirer la vapeur qui se dégage de ce mélange convenablement chauffé, qu'on fait pratiquer ces inspirations. Voici au reste le procédé de Gannal :

Fumigations chlorurées (procédé de Gannal). — Prenez un flacon à deux tubulures, et garni de deux tubes disposés comme dans l'appareil de Wolf. Mettez dans 120 grammes d'eau distillée la quantité de chlore liquide jugée convenable; introduisez le mélange dans le flacon; placez celui-ci dans un vase de fer-blanc contenant d[illegible] dont on élève la température à un degré plus ou moins élevé, suivant la nécessité; puis faites adapter le tube recourbé à la bouche du malade, qui doit aspirer et faire pénétrer dans les poumons la vapeur d'eau chargée de gaz, et qui doit expirer par les fosses nasales.

Le nombre des inspirations varie suivant la susceptibilité des organes de la respiration. Cinq ou six sont ordinairement suffisantes pour la première fois. Plus tard

(1) *Archives générales de médecine*, 1re série, 1830, t. XX, p. 289; t. XXIV, p. 347.

elles peuvent être élevées à un nombre double ou triple, et quant au nombre de fois qu'on peut les répéter dans la journée, la différence n'est pas moins grande, puisque M. Cottereau les a prescrites depuis deux jusqu'à douze fois par jour. La dose du chlore est également très différente, suivant les cas : chez quelques malades, trois, quatre ou cinq gouttes produisent un grand effet. M. Cottereau en augmente progressivement la dose, et dans un cas, il a été jusqu'à prescrire trente-deux gouttes de chlore. Ordinairement il porte avec assez de rapidité la dose du médicament à douze ou quinze gouttes.

Ce moyen a été expérimenté par MM. Andral, Bourgeois (1) et Toulmouche (2), mais avec des résultats bien différents de ceux qui ont été proclamés par MM. Gannal et Cottereau. MM. Andral et Toulmouche (ce dernier expérimentant sur 80 phthisiques) ont constaté l'insuccès du chlore. Quant à M. Bourgeois, ayant cru voir que dans les blanchisseries, où l'on fait un grand usage de l'eau de Javelle, la phthisie est inconnue, ou du moins très rare, il admet l'utilité du médicament, mais une utilité restreinte lorsque la maladie est confirmée ; car, suivant lui, le chlore n'est réellement efficace que comme préservatif. Les observations qu'il a recueillies ne sont pas en faveur du médicament, puisque tous les sujets sont morts. D'autres médecins, et en particulier MM. Roche et Jolly (3) ont pensé qu'il serait plus convenable de faire dégager le chlore dans la chambre occupée par le malade, qui se trouverait ainsi placé dans une atmosphère chargée de cette substance. Enfin le docteur Costa conseille de mettre dans de l'eau bouillante une petite quantité de chlorure de chaux, et d'aspirer la vapeur qui se dégage du vase comme dans une fumigation ordinaire.

Aujourd'hui ce moyen, si vanté il y a quelques années, a perdu de son importance ; on peut même dire que son inefficacité est presque généralement reconnue, et qu'il est à peu près abandonné. En lisant attentivement les observations de M. Cottereau, on ne tarde pas à s'apercevoir, ainsi que M. Louis en a fait la remarque (4), que l'amélioration survenue pendant l'administration du chlore est due à la terminaison d'une pneumonie ou d'une pleurésie intercurrente, et même tout porte à croire que les fumigations chlorurées n'ont eu d'autre résultat que de retarder cette amélioration. Or ces observations de M. Cottereau étant les plus détaillées et les plus nombreuses, il est inutile d'examiner les autres.

Mais ce n'est pas tout : les fumigations de chlore ne sont pas un de ces médicaments innocents dont on doit se borner à dire qu'ils n'ont pas d'efficacité ; il faut rechercher encore si elles n'ont aucun inconvénient : or il n'est pas de médecin ayant expérimenté ce moyen qui n'ait vu, dans quelques cas, le chlore porté dans les poumons y occasionner une vive irritation, augmenter la toux, la rendre douloureuse, provoquer des hémoptysies, allumer la fièvre, etc. Nous avons été témoin d'un fait semblable à l'hôpital Saint-Antoine. Toutefois nous [illegible] dire que le mode d'administration n'était pas exactement le même. M. Guérard, pensant que les accidents attribués au chlore pouvaient tenir en partie à ce que la difficulté de respirer par un tube trop étroit fatiguait considérablement le poumon, fit imbiber un

(1) *Transactions médicales.*
(2) *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. V, p. 244.
(3) *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, t. XIII.
(4) *Recherches sur la phthisie*, 2ᵉ édit. Paris, 1843, p. 620.

un simple crachement de sang qui se renouvelle à un aspect sale assez analogue à
gnées. Je renvoie, du reste, pour plus de détails ...s tuberculeuses déjà anciennes.
connaître le résultat des recherches de M. Wa... de jours avant la mort ; alors les
que ce symptôme a une importance incontest ...ce, forment une sorte de purée, et
les deux tiers des cas. ...s d'une auréole rose. » Je n'ai rien à

Un bon nombre de sujets n'éprouve ce n'est que, dans quelques cas excep-
que très peu qui se plaignent spontan ...t muqueux, aérés, blanchâtres ou ont un
encore qui accusent des douleurs viv ...le ce genre. L'abondance des crachats est
entre les deux épaules. Quelquefoi ...de période que dans la première. Lorsqu'ils
ment, et c'est alors surtout qu'e ...s sont mêlés à une certaine quantité de crachats
fois elles fatiguent plus les su ...s comme ceux de la première période. J'indique
M. Louis (p. 206) a trouvé q ...s faites dans le but de découvrir le tubercule dans
les adhérences de la plèvre,
met des poumons. Dans ...à cette seconde époque qu'à la première ; on l'observe
n'ayant pas trouvé d'adh ... maladie, et alors elle est peu abondante. Il n'en est pas
douleurs, et n'a pas é ... l'*oppression* et des *douleurs* de poitrine, qui ont toutes
kysté dans le poumon ...
siques étaient sujet ...s signes fournis par la *percussion*, et surtout par l'*auscult*a-
porte à croire que ...aucoup plus évidents. On trouve à la partie inférieure du thorax,
de ces névralgie...s, dans les fosses sus-épineuses, soit d'un seul côté, soit plus fré-

M. Beau ... les deux, une *obscurité notable* ou une *matité complète* du son;
leurs dans ...*ents* plus ou moins secs s'y font entendre, et souvent un *râle sous-cré*-
branes. ...ez abondant : c'est là ce que M. Hirtz (1) et M. Fournet ont désigné,
nerf ...s le nom de *râle cavernuleux*, et l'autre sous celui de *râle de craquement*
de ... *humide*. Plus tard la matité s'étend encore, occupe une grande étendue du
... supérieur, et le bruit respiratoire devient *rude*, *trachéal*, au sommet du pou-
...mon. Fréquemment il s'y joint un *gros râle crépitant*, et l'on entend la *broncho-
phonie*. Plus tard encore, on trouve un véritable *gargouillement* accompagné d'une
pectoriloquie plus ou moins parfaite. Quelquefois on constate, dans les points
occupés par la maladie, une certaine sonorité, et en même temps une *respiration
caverneuse* ou *amphorique*, avec pectoriloquie. On voit parfois, en pareille circon-
stance, reparaître le son dans des points où existait la matité, ce qui est dû à la
pénétration de l'air dans des cavernes nouvellement formées. Il faut être prévenu de
cette circonstance pour éviter les méprises. Dans quelques cas rares, la percussion
donne lieu à un *bruit de pot fêlé*, et l'on entend, pendant l'inspiration, le *tinte-
ment métallique*. Ces derniers signes, sur lesquels je reviendrai à l'article du *dia-
gnostic*, annoncent la formation d'une très vaste caverne.

C'est alors que certains signes indiqués plus haut acquièrent le plus de valeur :
ainsi, lorsq[illegible] cavernes sont vastes et nombreuses, la *dépression sous-clavicu-
laire* est très apparente ; l'*immobilité* des côtes de cette région est facile à appré-
cier ; mais je n'insiste pas sur ces signes, le diagnostic étant alors solidement établi
sur d'autres phénomènes bien plus importants.

Mais ce qui est le plus remarquable dans cette seconde période, c'est l'apparition
de la *fièvre*, ou son accroissement, si déjà elle avait existé dans le cours de la pre-

(1) *Thèse inaugurale*. Strasbourg, 1835.

que. D'après les relevés de M. Louis, le mouvement fébrile ne débute iers symptômes que dans un peu plus de la cinquième partie des cas; uième, il se déclare pendant la première période; et, dans les trois c'est pendant cette seconde période qu'il apparaît. Dans le plus il se manifeste par une grande sensibilité au froid et par des sent ordinairement tous les soirs; quelques sujets seule- sieurs fois dans la journée. Ces frissons sont ordinairement de sueur. M. Louis a constaté que la dixième partie des sujets ent n'avaient ensuite aucune sueur, tandis que quelquefois ces très abondantes, sans avoir été précédées de frisson. Ces espèces *riles* prennent quelquefois une *régularité* telle qu'ils ont les caractères èvre intermittente quotidienne. Ils constituent ces exacerbations, ces pa- mes fébriles remarquables dans la phthisie comme dans toutes les affections i donnent lieu à la fièvre hectique, et qui ont de tout temps fixé l'attention des observateurs. L'apparition de la fièvre est un des phénomènes les plus importants de la maladie; car elle donne une impulsion nouvelle à tous les symptômes dont la marche est en raison directe de son intensité.

On voit alors survenir des *troubles* plus ou moins marqués de la *digestion :* l'*appétit* se perd; on observe des *vomissements* bien différents de ceux que j'ai signalés plus haut; ils n'ont pas besoin d'être provoqués par les efforts de la toux, et la matière vomie n'est plus seulement constituée par les aliments, les boissons, mais par des mucosités et même de la bile. Chez un certain nombre de malades, ces vomissements sont, pendant un temps variable, précédés de nausées fatigantes et de douleurs plus ou moins vives à l'épigastre. En pareil cas, ces symptômes sont dus à l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, ou, beaucoup plus rarement, à son ulcération. En même temps la *soif* s'allume et devient quelquefois très vive dans le cours de la maladie. La langue cependant peut rester naturelle, malgré cet état de l'estomac, et ce n'est que dans les cas où la fièvre est très intense qu'elle rougit, se couvre de mucosités, ou, bien plus rarement, se dessèche.

Une *diarrhée* plus ou moins abondante vient encore augmenter l'affaiblissement des malades. M. Louis ne l'a vue manquer que cinq fois sur 112 cas. Chez quelques sujets, elle commence avec les premiers symptômes, et ne cesse plus pendant tout le cours de la maladie. M. Louis en a vu qui, pendant quatre ou cinq ans qu'a duré la phthisie, ont été sujets à cette diarrhée. Mais c'est dans la seconde période, et lorsque la fièvre s'est allumée, que cet accident se déclare plus particulièrement. D'abord la diarrhée n'est point continue : elle dure pendant un temps plus ou moins long, se calme ensuite, et se reproduit avec ou sans cause connue. Enfin, à mesure qu'on approche du terme de la maladie, elle devient persistante, abondante, et constitue la *diarrhée colliquative* décrite par tous [illegible]eurs. Cette diarrhée est ordinairement accompagnée de coliques. Nous verrons plus loin à quelle lésion anatomique il faut la rapporter.

C'est aussi à une époque assez avancée de la maladie que se développent ces accidents du côté du larynx que l'on a généralement décrits sous le nom de *phthisie laryngée.* Je renvoie le lecteur à la description que j'en ai donnée dans l'article consacré à la laryngite ulcéreuse.

Lorsque tous les symptômes que je viens d'énumérer existent à la fois, la maladie

homme mort phthisique à l'âge de cinquante-neuf ans, et chez lequel il trouva à l'autopsie une caverne cicatrisée; cet homme, douze ans auparavant, ayant eu tous les symptômes de tubercules pulmonaires, s'était guéri en buvant tous les jours deux litres d'eau de goudron dans lesquels il avait fait bouillir 20 grammes de *poudre d'éponge calcinée*. M. Beyran, ayant employé cette médication, dit s'en être bien trouvé. Toutefois n'oublions pas, avant d'admettre l'efficacité du traitement, dans ce cas, les exemples nombreux fournis par Rogée, E. Boudet, etc., exemples qui démontrent que la phthisie peut s'arrêter spontanément dans sa marche.

La *créosote* a été également prescrite, et dans le même but. M. Rampold (1) cite deux observations dans lesquelles la créosote, unie à l'extrait de myrrhe, a, selon lui, produit de bons effets; mais comme rien ne prouve que les malades aient été guéris, et que, d'un autre côté, on administrait des narcotiques et le sel de nitre, on n'est nullement autorisé à attribuer l'amélioration à cet emploi de la créosote. Quelques autres médecins, tels que Schroen, Cartoni, etc., ont vanté le même moyen, mais sans apporter la moindre preuve de son efficacité. M. Junod (2) conseille les inspirations de créosote, pour lesquelles il suffit de placer auprès du lit un petit flacon bouché à l'émeri et contenant ce médicament. Pour rendre l'action du remède plus intense, on peut déboucher de temps en temps le flacon, et répandre quelques gouttes de créosote sur un linge placé près du malade. Il est inutile de dire que les faits fournis en faveur de ce moyen n'ont qu'une valeur très contestable. M. Pasquin a fait des expériences sur l'emploi de la créosote, qu'il administrait à la dose de *deux gouttes* dans 60 *grammes d'eau bouillante* et 30 *grammes de sirop de gomme*. D'après le relevé de ces observations, ce médicament n'a eu d'effet que sur un petit nombre de symptômes, et à un degré beaucoup moins haut que l'eau de goudron.

Quelques gaz, et en particulier l'*oxygène* et l'*acide carbonique*, ont été prescrits en inspirations plus ou moins répétées, mais sans qu'aucun fait important prouve en faveur de leur efficacité. Le second de ces gaz, que Percival a le premier employé, doit être d'autant moins conseillé, que des inspirations trop multipliées pourraient, comme on le conçoit facilement, devenir très nuisibles. J'en dirai autant de l'hydrogène carboné, sur lequel je n'insisterai pas davantage.

Balsamiques. — Cette espèce de médicament a été administrée sous des formes variées, et un grand nombre d'auteurs en ont préconisé les bons effets. Je ne citerai ici que les principaux.

Fréd. Hoffmann (3) recommande le *baume de copahu* uni au soufre, qu'il administrait de la manière suivante :

℞ Huile d'amandes douces.. 30 gram. | Fleur de soufre.............. 8 gram.

Faites cuire à une douce chaleur; ajoutez :

Baume de copahu........	4 gram.	Huile d'anis.............	àà 10 gouttes.
Sperma ceti............	àà 15 gram.	— de fenouil..........	
Cire jaune.............		— de macis...........	
Extrait de safran..........	2 gram.		

(1) *Journ. der pratisch. Heilk*, 1837.
(2) *Journal de méd et de chir. pratiques.*
(3) *Opera omnia*, t. III, *De affect. phthis.*

mière époque. D'après les relevés de M. Louis, le mouvement fébrile ne débute avec les premiers symptômes que dans un peu plus de la cinquième partie des cas; dans l'autre cinquième, il se déclare pendant la première période; et, dans les trois autres cinquièmes, c'est pendant cette seconde période qu'il apparaît. Dans le plus grand nombre des cas, il se manifeste par une grande sensibilité au froid et par des frissons qui se reproduisent ordinairement tous les soirs; quelques sujets seulement les éprouvent plusieurs fois dans la journée. Ces frissons sont ordinairement suivis de chaleur et de sueur. M. Louis a constaté que la dixième partie des sujets qui les éprouvaient n'avaient ensuite aucune sueur, tandis que quelquefois ces sueurs étaient très abondantes, sans avoir été précédées de frisson. Ces espèces d'*accès fébriles* prennent quelquefois une *régularité* telle qu'ils ont les caractères d'une fièvre intermittente quotidienne. Ils constituent ces exacerbations, ces paroxysmes fébriles remarquables dans la phthisie comme dans toutes les affections qui donnent lieu à la fièvre hectique, et qui ont de tout temps fixé l'attention des observateurs. L'apparition de la fièvre est un des phénomènes les plus importants de la maladie; car elle donne une impulsion nouvelle à tous les symptômes dont la marche est en raison directe de son intensité.

On voit alors survenir des *troubles* plus ou moins marqués de la *digestion* : l'*appétit* se perd; on observe des *vomissements* bien différents de ceux que j'ai signalés plus haut; ils n'ont pas besoin d'être provoqués par les efforts de la toux, et la matière vomie n'est plus seulement constituée par les aliments et les boissons, mais par des mucosités et même de la bile. Chez un certain nombre de malades, ces vomissements sont, pendant un temps variable, précédés de nausées fatigantes et de douleurs plus ou moins vives à l'épigastre. En pareil cas, ces symptômes sont dus à l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, ou, beaucoup plus rarement, à son ulcération. En même temps la *soif* s'allume et devient quelquefois très vive dans le cours de la maladie. La langue cependant peut rester naturelle, malgré cet état de l'estomac, et ce n'est que dans les cas où la fièvre est très intense qu'elle rougit, se couvre de mucosités, ou, bien plus rarement, se dessèche.

Une *diarrhée* plus ou moins abondante vient encore augmenter l'affaiblissement des malades. M. Louis ne l'a vue manquer que cinq fois sur 112 cas. Chez quelques sujets, elle commence avec les premiers symptômes, et ne cesse plus pendant tout le cours de la maladie. M. Louis en a vu qui, pendant quatre ou cinq ans qu'a duré la phthisie, ont été sujets à cette diarrhée. Mais c'est dans la seconde période, et lorsque la fièvre s'est allumée, que cet accident se déclare plus particulièrement. D'abord la diarrhée n'est point continue : elle dure pendant un temps plus ou moins long, se calme ensuite, et se reproduit avec ou sans cause connue. Enfin, à mesure qu'on approche du terme de la maladie, elle devient persistante, abondante, et constitue la *diarrhée colliquative* décrite par tous les auteurs. Cette diarrhée est ordinairement accompagnée de coliques. Nous verrons plus loin à quelle lésion anatomique il faut la rapporter.

C'est aussi à une époque assez avancée de la maladie que se développent ces accidents du côté du larynx que l'on a généralement décrits sous le nom de *phthisie laryngée*. Je renvoie le lecteur à la description que j'en ai donnée dans l'article consacré à la laryngite ulcéreuse.

Lorsque tous les symptômes que je viens d'énumérer existent à la fois, la maladie

la phthisie avec un *catarrhe pulmonaire* de longue durée; mais, dans cette dernière maladie, la toux n'est pas sèche ou ne l'est que peu de temps au début; les sueurs nocturnes n'existent pas; il n'y a pas de véritable hémoptysie, car on ne doit pas regarder comme telle l'expectoration de quelques filaments sanguins mêlés aux crachats. Il n'y a pas d'amaigrissement sensible, même lorsque le catarrhe a passé à l'état chronique, à moins de complication. La gêne de la respiration est, au contraire, plus considérable. Sous les clavicules, le bruit respiratoire est à l'état normal, tandis qu'on entend à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, et des deux côtés, du râle sous-crépitant, lorsque l'inflammation a gagné les extrémités bronchiques.

C'est ici le lieu d'indiquer rapidement les recherches faites dans le but de reconnaître la nature des crachats. La précipitation des crachats mêlés avec l'eau pure ou salée est un moyen infidèle aujourd'hui abandonné. MM. Gueterbock, Donné (1), Gruby, etc., ont cherché, à l'aide des moyens chimiques et du microscope, à découvrir le pus dans les crachats, et ils ne sont arrivés qu'à des résultats incertains. D'ailleurs la présence du pus n'indique nullement l'existence des tubercules, puisqu'une inflammation simple donne lieu à une sécrétion purulente. Les recherches de M. Kuhn auraient bien plus d'importance si leur résultat était confirmé. Ce médecin (2) a trouvé dans les crachats, même à une époque peu avancée de la phthisie, des fils hyaloïdes et de petites granulations, détritus du tubercule. Mais en lisant les recherches de M. Lebert (3), on voit qu'il n'y a, dans les crachats des phthisiques, aucun signe microscopique qui les distingue réellement des autres crachats inflammatoires. Quelquefois seulement on trouve, au milieu d'eux, des paquets de fibres pulmonaires qui prouvent qu'il se forme une caverne. M. Schroeder van der Kolk (4) dit avoir découvert dans les crachats des phthisiques des fibres qu'il nomme fibres élastiques, et qui sont constantes dans toutes les périodes de cette maladie; ces fibres, déjà entrevues par MM. Simon, Vogel, Bulkmann et par M. Lebert, ont une direction arquée très caractéristique; elles sont très minces, à bords un peu aigus, dont l'un est plus obscur que l'autre. Pour les découvrir, on place sur le porte-objet du microscope une petite portion de la partie blanche et opaque des crachats, on la recouvre d'une lame très mince de verre, on comprime, et l'on expose à un grossissement de 200 fois d'abord; ces fibres étant entrevues, on les expose à un grossissement de 4 à 500 fois, afin de bien étudier leur direction et leur composition. Ce savant anatomiste cite plusieurs observations à l'appui de son assertion.

Pourrait-on, vers la fin de la première période, prendre la phthisie pulmonaire pour une pneumonie chronique? Cette méprise n'est guère à craindre, car: 1° la pneumonie chronique, ainsi que nous l'avons vu plus haut, est fort rare: 2° elle succède, dans la majorité des cas, à une pneumonie aiguë, et 3° elle n'a point pour siége ordinaire, comme la phthisie, le sommet de la poitrine.

A une époque plus avancée encore de la maladie, y a-t-il quelque confusion à craindre? La *gangrène partielle du poumon* laisse, après l'évacuation du bour-

(1) *Cours de microscopie*. Paris, 1844, p. 148.
(2) *Gazette médicale*, 1837.
(3) *Traité pratique des affections scrofuleuses et tuberculeuses*. Paris, 1849.
(4) *Presse médicale belge*, et *Journal des connaissances méd.-chir.*, 17 avril 1851.

billon, des excavations où l'auscultation fait reconnaître des phénomènes semblables à ceux qu'on observe dans la phthisie pulmonaire : mais les circonstances particulières dans lesquelles s'est développée la maladie, et son siége, qui n'est pas le même que celui de la phthisie, permettent de porter un diagnostic exact, ainsi que nous l'avons dit à l'article consacré à la gangrène du poumon. Nous nous contenterons donc de reproduire ce diagnostic dans le tableau synoptique.

Quant à la *dilatation des bronches*, les difficultés sont beaucoup plus grandes, et l'on a vu dans l'histoire de cette maladie qu'il était des cas où, dans l'état actuel de la science, le diagnostic était impossible. Mais ordinairement les difficultés ne sont pas insurmontables, et l'on peut porter un diagnostic positif. Ce diagnostic, nous l'avons exposé plus haut, et nous nous bornerons à le reproduire dans le tableau synoptique.

Dans quelques cas, on a vu la phthisie exister pendant un temps assez long, sans donner lieu à la toux, à l'oppression, à l'expectoration de crachats caractéristiques, à l'hémoptysie, et sans qu'il y eût de dépérissement notable : ce sont les cas désignés sous le nom de *phthisies latentes*. Mais, même alors, l'exploration de la poitrine à l'aide de l'auscultation et de la percussion fournit les signes positifs indiqués précédemment.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes positifs de la phthisie pulmonaire, à une époque rapprochée du début.*

Toux sèche, de plus ou moins longue durée ; quelquefois accompagnée d'expectoration muqueuse.
Gêne de la respiration.
Douleurs de poitrine.
Sueurs nocturnes.
Troubles de l'estomac, vomissements, dyspepsie.
Dépérissement.
Obscurité du son *sous l'une ou l'autre des clavicules.*
Faiblesse ou *altération quelconque* du bruit respiratoire.
Dans un bon nombre de cas, *hémoptysie.*

2° *Signes positifs de la phthisie pulmonaire, à la fin de la première période.*

Toux *plus fréquente.*
Expectoration de *crachats opaques*, *grisâtres* ou *verdâtres.*
Hémoptysie.
Sueurs nocturnes.
Assez fréquemment, *diarrhée* de plus ou moins longue durée.
Dépérissement *plus marqué.*
Matité *plus étendue* et *plus complète.*
Bruit de souffle, *râle sous-crépitant*, *retentissement de la voix.*

3° *Signes positifs de la phthisie pulmonaire dans la seconde période.*

Toux *opiniâtre.*
Crachats grisâtres, sales, opaques, *déchiquetés*, teints de sang, *striés.*
Augmentation du dépérissement et de tous les autres symptômes généraux ; marasme.
Matité étendue.
Respiration *trachéale*, *caverneuse.*
Râle muqueux, *gargouillement*, *pectoriloquie*

d'éclat que ceux qu'on a attribués à plusieurs autres médicaments, tels qu'ils sont, ils n'en auraient pas moins une bien grande importance, si l'on pouvait être convaincu que toute cause d'erreur a été évitée; mais ces causes d'erreur sont telles qu'il faudrait pouvoir examiner attentivement les faits allégués, pour acquérir une véritable conviction. J'insiste d'autant plus sur ce point que, dans les hôpitaux de Paris, les formules de M. Dupasquier ont été mises en usage avec beaucoup de soin, et quelquefois par lui-même, sans aucun des avantages qu'il leur a trouvés, trompé sans doute qu'il a été par des faits compliqués et d'un diagnostic difficile. On ne saurait trop insister sur ces deux circonstances : 1° que la phthisie pulmonaire n'a point une marche toujours ascendante, que par moments elle semble s'arrêter, pour reprendre ensuite une nouvelle impulsion ; et 2° que des inflammations intercurrentes viennent quelquefois donner à la maladie un aspect tellement grave, qu'on croirait les sujets voués à une mort prochaine, tandis qu'en se dissipant elles semblent faire place à une guérison assurée.

Le docteur Gola (1) conseille l'*iode pur*, uni à l'amidon, à la dose de 5 centigrammes, dans les vingt-quatre heures. Rien ne prouve qu'il ait eu de véritable succès.

Digitale. — C'est là encore une substance qui, suivant quelques auteurs qui l'ont employée, aurait une très grande efficacité dans la phthisie pulmonaire, et procurerait fréquemment une guérison radicale. Beddoës affirmait qu'entre ses mains elle avait réussi au moins trois fois sur cinq. Après lui, plusieurs auteurs anglais et allemands ont vanté les bons effets de ce médicament. M. Bayle a réuni (2) plusieurs observations rapportées comme exemples des avantages de la digitale. Magennis (3) et M. Houlès (4) ont également cité des observations en faveur de la digitale; mais un mot suffira pour montrer qu'elles sont loin d'être concluantes. Chez le malade observé par M. Houlès on découvrit, il est vrai, à l'aide de l'auscultation, les signes d'une caverne; mais rien ne fut fait pour s'assurer que la cavité, qui était le siége de ces phénomènes, n'était due ni à une gangrène du poumon, lésion que la fétidité de l'haleine aurait pu porter à admettre, ni à une simple dilatation des bronches, qu'il est quelquefois si difficile de distinguer des excavations tuberculeuses. Quant au docteur Magennis, qui affirme avoir guéri tous les malades au premier degré, et 25 sur 48 au troisième, qu'il me suffise de dire que ses observations ont été prises en 1799 et 1800, c'est-à-dire à une époque où le diagnostic de la phthisie était bien loin d'être précis. Le docteur Meyer, dont la confiance dans la digitale est grande, l'administre ainsi qu'il suit :

℞ Teinture de digitale....... 4 gram. | Eau distillée de laurier-cerise... 4 gram.

Mêl[illegible], 15 et 20 gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée, trois fois par jour.

Quelques auteurs ont prétendu que cette substance avait principalement de l'efficacité dans les cas de complication d'une affection du cœur; mais il suffit de

(1) *Gazzetta medica di Milano*, 1848.
(2) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1830, t. III, p. 1 à 352.
(3) *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. VI, p. 149.
(4) *Ibid.*, t. IX, p. 352.

était exagérée. Les cicatrices, concrétions, etc., trouvées par ces auteurs, ont montré que la maladie peut se terminer par la guérison à une époque assez avancée de son cours. E. Boudet (1) admet cinq modes de guérison : 1° la séquestration, 2° l'induration, 3° la transformation du tubercule en matière noire pulmonaire, 4° l'absorption, 5° l'élimination. Les faits recueillis par ce laborieux et regrettable observateur n'ont malheureusement pas encore été publiés en détail.

D'autres auteurs, et en particulier MM. Hirtz et Fournet, pensent, au contraire, que l'époque la plus favorable à la guérison de cette affection est son début; mais ils n'ont point cité de faits qui démontrent l'exactitude de cette assertion.

Il est néanmoins permis de dire, sans exagération, que la phthisie pulmonaire est presque constamment mortelle; qu'elle a à son début une tendance irrésistible à faire des progrès, et que, dans quelques cas seulement, elle peut rester stationnaire et même s'arrêter complétement. Mais quelles sont les circonstances dans lesquelles les choses se passent ainsi? C'est ce que nous ignorons malheureusement. On peut croire que la phthisie survenant chez les vieillards n'a point une grande activité, qu'elle ne tend pas à s'étendre rapidement, et que les dépôts de matière calcaire, qui se font si facilement à cet âge, viennent assez souvent empêcher le ramollissement des tubercules.

Toutes choses égales d'ailleurs, la phthisie est d'autant moins grave qu'elle n'occupe qu'une petite étendue. On a vu des sujets chez lesquels il n'existait qu'une ou deux cavernes avec un très petit nombre de tubercules. Le peu d'intensité de la fièvre, et la lenteur avec laquelle les premiers symptômes de la phthisie se déclarent, annoncent ordinairement une longue durée de la maladie. Il est quelques symptômes qui rendent, au contraire, le pronostic très grave. Ainsi les hémoptysies fréquentes, les sueurs profuses, la diarrhée colliquative, annoncent, dans le plus grand nombre des cas, une mort prochaine. Tel est le pronostic de la phthisie, dépouillé de toute hypothèse et appuyé sur les faits dans lesquels le diagnostic a été porté d'une manière exacte. Je n'ignore pas que quelques auteurs ont regardé la guérison de cette maladie comme beaucoup plus facile; mais j'examinerai leurs opinions à l'article du traitement.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la phthisie est un des plus difficiles à exposer; une immense quantité de moyens ont, en effet, été dirigés contre elle, et quoiqu'un bon nombre d'auteurs se soient applaudis du résultat de leur pratique, il n'en est pas moins vrai de dire, dans ce cas comme dans tant d'autres, que cette abondance de médicaments annonce le peu d'efficacité de chacun d'eux en particulier.

Le traitement de la phthisie pulmonaire a une valeur fort différente, suivant qu'on le considère comme entièrement *curatif*, ou seulement comme apportant de l'amélioration aux principaux symptômes, comme adoucissant les souffrances du malade, comme prolongeant la durée de l'existence, en un mot, comme *palliatif*.

Il importe donc de l'étudier avec soin sous ces deux points de vue; je rechercherai ensuite s'il existe des moyens *préservatifs* qui doivent inspirer une certaine confiance.

(1) *Loc. cit.*

à doses réfractées et longtemps continuées, pour calmer la toux et le besoin de respirer. Il le donne habituellement en pilules, ainsi qu'il suit :

Prendre par jour trois des pilules suivantes :

℞ Tartre stibié........... 0,05 gram. | Extrait de réglisse............ 6 gram.

F. s. a. vingt-cinq pilules.

Il est fort difficile, on le pense bien, d'apprécier à sa juste valeur une semblable médication ; mais il est permis de croire qu'elle a un certain avantage, en ce sens qu'elle peut modérer quelques-uns des principaux symptômes, et s'opposer à des complications toujours fâcheuses. Mon ami le docteur Rufz (1) a, en effet, remarqué que le tartre stibié, donné à doses fractionnées, avait une heureuse influence sur la marche de la maladie ; et le talent d'observation bien connu de ce médecin donne une valeur réelle à cette remarque. Toutefois ce ne sont point là encore des observations rigoureuses et détaillées qui puissent satisfaire les esprits sévères. attendons que de nouveaux faits viennent nous éclairer plus complétement. Les mêmes réflexions s'appliquent aux faits observés par M. Bricheteau (2). Ce médecin donne le tartre stibié à la dose de 0,05 à 0,10 grammes dans une potion. Depuis lors, ce médecin a cité de très nombreuses observations où ce médicament a paru avoir de très bons effets (3) ; mais dans la plupart des cas, il a été employé concurremment avec d'autres moyens, de telle sorte qu'il est difficile de lui assigner une valeur particulière.

L'*ipécacuanha* a été administré comme remède principal dans la phthisie pulmonaire. Reid (4) conseillait de donner l'ipécacuanha matin et soir, de manière à produire chaque fois un vomissement ou deux, et de répéter ce moyen autant que les forces du malade et les symptômes l'indiquent. Cette médication se rapproche tellement de la précédente, qu'on peut la confondre avec elle.

Sels alcalins. — Les sels alcalins ont été fréquemment mis en usage dans le traitement de la phthisie pulmonaire ; les principaux sont le *carbonate de potasse*, l'*hydrochlorate d'ammoniaque*, *de baryte*, *de chaux*, et enfin le *sel marin*, auquel on a attribué, dans ces derniers temps, les résultats les plus avantageux. Les essais qu'on avait faits du sel marin avaient laissé la question indécise, lorsque le docteur Amédée Latour (5), guidé par une circonstance fortuite, l'employa chez quelques sujets gravement affectés. Bientôt les principaux signes, tant physiques que rationnels, se dissipèrent, et M. Latour crut devoir faire connaître des résultats aussi inattendus. Mais les essais faits dans les hôpitaux de Paris par d'autres médecins furent loin d'être couronnés du même succès, ou plutôt ils n'eurent absolument aucune influence sur les symptômes et la marche de la phthisie. Une différence aussi grande dans les résultats dut paraître fort extraordinaire, et faire penser que M. Latour avait été induit en erreur par quelque circonstance qu'il n'avait pas pu

(1) *Études sur la phthisie pulmonaire à la Martinique* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1843, t. X, p. 223).

(2) *Gazette des hôpitaux*, décembre 1845.

(3) Bricheteau, *loc. cit.*

(4) *A treatise of the consumption*. London, 1806.

(5) *Presse médicale*. Paris, 1837.

apprécier; mais ce médecin a répondu que l'emploi du sel marin était le moyen principal, mais non pas le moyen unique dont se compose son traitement; qu'il faut encore procurer aux malades un régime convenable, l'habitation d'un lieu sec et aéré, l'exposition fréquente au soleil, des vêtements chauds et secs : moyens hygiéniques indispensables pour que le médicament puisse agir. Il ajoute que les malades ne pouvant pas, dans les hôpitaux, jouir de tous ces avantages, les expériences faites sur eux n'ont aucune valeur réelle, et ne peuvent être opposées aux faits qu'il a cités. J'avoue que j'ai peine à comprendre qu'un médicament, même en l'entourant de circonstances plus favorables encore, s'il est possible, que celles qui sont exigées par M. Latour, puisse triompher d'une maladie aussi grave que la phthisie pulmonaire, sans qu'on retrouve au moins une partie de ses effets chez les malades placés dans les conditions où se trouvent ceux de nos hôpitaux. Néanmoins on peut attendre de nouveaux faits pour se prononcer définitivement, et cela d'autant plus que le docteur Lediberder, observateur exact, croit avoir obtenu de très bons effets de l'emploi de ce moyen, qu'on administre simplement de la manière suivante :

℞ Sel marin .... 4 gram. | Faites dissoudre dans bouillon. 1 tasse.

A prendre tous les matins, ou matin et soir, si on le juge convenable.

Pour éviter le dégoût qu'inspire à un certain nombre de malades ce bouillon salé, on peut administrer le sel à la même dose dans du pain à chanter.

M. Pascal (1) a employé principalement le *sous-carbonate de potasse;* mais les observations qu'il fournit sont des exemples qui semblent choisis exprès pour prouver l'importance de ce que j'ai dit sur la nécessité de tenir compte des circonstances particulières de la maladie. Des cinq observations qu'il donne comme exemples de phthisie guérie par ce médicament, il n'en est pas une dans laquelle, à la sortie des malades, il n'existât encore quelques signes d'altération organique du poumon. Que s'est-il donc passé dans ces cas? Ce que j'ai eu occasion de signaler plusieurs fois, et ce qu'il faut signaler encore, car c'est là le point capital de la question : des phlegmasies incidentes s'étaient développées au début de la phthisie, et avaient jeté les malades dans un état grave ; l'influence du repos, des émollients et peut-être des remèdes employés, a fait disparaître ces maladies secondaires, et la phthisie, revenue aux faibles symptômes du début, a paru guérie. Voilà comment, sans donner aux faits une explication forcée, on peut, je crois, se rendre raison de ces guérisons étonnantes, que les autres médecins ne peuvent plus produire par les mêmes moyens.

Le docteur Beddoës mettait en usage l'*hydrochlorate de chaux uni à l'extrait de jusquiame*, selon la formule suivante :

℞ Hydrochlorate de chaux pur, dissous................ 8 gram.	Eau distillée................ 200 gram.
Extrait de jusquiame....... 0,60 gram.	Sirop de framboise.......... 20 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche, quatre fois par jour.

(1) *De la nature et du traitement de la* phthisie. Paris, 1839.

Le docteur Cless veut qu'on emploie le *sel ammoniac* à haute dose. Hufeland conseille l'*hydrochlorate de baryte*. Les réflexions que j'ai faites à l'occasion des médicaments précédents sont encore bien plus applicables à ceux-ci ; c'est pourquoi je n'y insisterai pas davantage.

M. Becker, de Moscou (1), a rapporté deux cas dans lesquels la guérison serait survenue sous l'influence de la vapeur d'eau chargée de sel marin et de sel ammoniac, dans laquelle étaient constamment plongés les malades. Ceci me conduit à parler du traitement de M. Turck, sur lequel M. le docteur Cossy (2) nous a donné un travail important.

Ce traitement consiste dans l'élévation de la *température* de la chambre à 25 ou 28 degrés centigrades d'abord, puis de 29 à 31. On fait *dégager constamment de l'ammoniaque* dans cette pièce. On fait faire aux malades des *lotions générales* avec une solution d'*aluminate de soude*. On prescrit les pédiluves suivants :

Eau à 30 degrés centigrades......	Q. s.	Potasse du commerce....	40 à 50 gram.

On applique des *cataplasmes* de farine de graine de lin faits avec de l'eau contenant de 40 à 50 grammes de potasse en dissolution.

On donne les *pilules astringentes* suivantes :

℞. Sous-carbonate de fer...	ãã 20 gram.	Extrait de cachou...........	30 gram.
— de potasse.		— gommeux d'opium......	1 gram.
— de chaux.			

Pour 300 pilules. A prendre d'abord 6 ou 8 par jour, puis rapidement 12 ou 14.

Pour *tisane*, les malades prennent de la tisane sudorifique simple ou une infusion de tilleul.

Le *régime* est suivant le désir du malade, sauf qu'on proscrit les légumes verts, les pruneaux, etc., tout ce qui peut donner le dévoiement.

M. Cossy, ayant suivi ce traitement avec la plus grande attention, a démontré, par l'examen attentif des faits, qu'il n'a eu aucun résultat favorable, et n'a nullement arrêté la marche de la maladie. C'est un traitement au moins nul. Que penser après cela de celui qu'a signalé M. Becker ?

Jusqu'à présent je n'ai point parlé des *médicaments narcotiques*, qui sont bien plus fréquemment employés dans le traitement des symptômes que dans le but de procurer une guérison radicale ; il en est cependant qui ont été donnés comme pouvant produire ce résultat, et nous devons en dire un mot.

La *ciguë* est un de ceux qui ont été le plus fréquemment employés. Hufeland cite un cas où l'extrait de ciguë fut d'abord administré à la dose de 50 centigrammes par jour, [illegible] on éleva jusqu'à 2 grammes. Ce fut là la base du traitement, qui, selon l'auteur, procura la guérison ; mais la phthisie était commençante, et comme les moyens de diagnostic n'étaient point suffisants pour reconnaître cette maladie au début, il en résulte qu'on peut supposer, avec quelque raison, ou que la maladie n'était qu'un simple catarrhe chronique, ou, si c'était une phthisie, qu'elle

(1) *Séances de l'Acad. des sciences*, 1846.

(2) *Mém. sur le traitem. de la phthisie par les préparations alcalines jointes à une tempér. élevée et chargée* de vapeurs ammoniacales (Arch. de méd., 4e série, 1844, t. VI, p. 131).

n'a point été réellement guérie. Le docteur Paris associait ce médicament à la *jusquiame*, à l'*acétate d'ammoniaque* et au *vin d'ipécacuanha*. Nous allons présenter ici sa formule composée, dont l'utilité a besoin de nouvelles recherches pour être parfaitement démontrée :

℞ Extrait de ciguë...... / de jusquiame..	ãã 2,50 gram.	Mucilage d'acacia............. 8 gram.

Triturez ensemble et ajoutez :

Acétate d'ammoniaque liquide..	30 gram.	Vin d'ipécacuanha.............	5 gram.
Eau pure.................	150 gram.	Sirop de coquelicot............	10 gram.

Mêlez. Dose : deux cuillerées à bouche trois fois par jour.

L'*aconit* n'a point joui d'une moindre réputation ; on peut même dire que, dans le siècle dernier, il était regardé comme supérieur à la ciguë dans le traitement de la phthisie ; mais l'absence d'observations nous laisse dans l'incertitude à son sujet. Le docteur Busch (1) le donnait à la dose de 10 *centigrammes*, de deux heures en deux heures, et le portait graduellement jusqu'à 4 *grammes* par jour.

Les autres narcotiques n'ont guère été administrés que contre les symptômes. Suivant Magendie, l'*acide cyanhydrique* aurait procuré la guérison complète de plusieurs phthisies confirmées. D'autres médecins, parmi lesquels il faut citer Brera, ont employé ce médicament, auquel ils donnent des éloges ; mais les expériences de M. Andral ayant prouvé que l'acide cyanhydrique n'avait point les avantages qu'on lui supposait, et ce médicament, dont la composition peut varier beaucoup, étant très dangereux, il est inutile d'en donner ici les formules :

Plusieurs autres médicaments ont été présentés comme pouvant procurer la guérison de la phthisie pulmonaire ; il serait beaucoup trop long d'entrer sur chacun d'eux dans des détails circonstanciés : nous nous contenterons d'en signaler quelques-uns. Laennec avait cherché à guérir la phthisie pulmonaire en jonchant l'appartement des malades de *varech frais ;* mais ces expériences sans résultat ont été abandonnées. Le *fenouil d'eau* a joui, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, d'une grande réputation. Voici la formule qu'employait Herz :

℞ Semence de fenouil d'eau..	0,25 gram.	Nitrate de potasse..........	0,30 gram.
Sucre de lait...........	0,50 gram.	Gomme arabique..........	0,40 gram.

Mêlez. Pulvérisez, divisez en douze paquets. Dose : trois par jour.

On peut porter graduellement la dose des semences de fenouil d'eau jusqu'à 0,75 grammes.

M. le docteur Poitevin (2) a rapporté trois observations dans lesquelles l'*arum triphyllum* lui a paru d'une grande efficacité contre la phthisie pulmonaire. Il donnait, tous les matins, une cuillerée à bouche d'arum dans deux cuillerées d'eau sucrée.

Huile de foie de morue. — Un des médicaments les plus employés aujourd'hui

(1) *Rech. sur la nature et le traitement de la phthisie.* Strasbourg, an IV.
(2) *Journal des connaissances méd.-chir.*, mai 1850.

est l'huile de foie de morue. Beaucoup de médecins lui accordent une grande valeur, mais à des titres divers. Les uns pensent qu'elle agit seulement en relevant les forces et en stimulant les voies digestives, tandis que d'autres lui trouvent une efficacité beaucoup plus grande, et pensent qu'elle modifie avantageusement l'état local, et même qu'elle peut procurer une guérison complète. Parmi ces derniers, il faut citer, en première ligne, M. Williams (1), qui en a rapporté des effets merveilleux. Voici, en deux mots, les résultats qu'il aurait obtenus :

M. Williams a prescrit le remède dans plus de 400 cas; il a recueilli des notes détaillées sur 234. Neuf n'ont pas pu supporter le médicament; 19 n'en ont éprouvé aucun effet. Des 206 qui restent, les uns ont vu la maladie s'arrêter momentanément; les autres semblaient revenus à la santé. Près de 100 étaient dans ce dernier cas, et presque tous avaient commencé le traitement lorsqu'ils étaient déjà à la deuxième période de la maladie. On observait d'abord la cessation graduelle de la crépitation, et plus tard *disparaissaient la matité et le souffle.*

Que faut-il penser de ces résultats si extraordinaires? Évidemment, en présence d'un médecin qui cite ainsi les faits, on ne peut rien dire sans avoir à citer également des faits nombreux. Toutefois il y a tant de causes d'illusion quand il s'agit du traitement de la phthisie, la marche de la maladie est si variable et si trompeuse, et l'on voit tant de traitements fondés sur des faits échouer dans une nouvelle expérimentation, qu'on ne peut s'empêcher de concevoir des doutes très sérieux sur l'exactitude de ces résultats. Attendons, avant de nous prononcer, qu'une expérimentation nouvelle vienne nous apprendre si l'auteur, qui a fait toujours la faute d'employer le médicament avant d'observer pendant un certain temps la marche de la maladie, ne s'est pas fait une illusion complète. Cette expérimentation, je l'ai commencée, et déjà, je dois le dire, les faits que j'ai recueillis m'ont donné des résultats infiniment moins avantageux que ceux qu'a obtenus M. Williams; sans toutefois arriver au même résultat que M. Benson (2), médecin de l'hôpital de Dublin. Suivant lui, l'usage de l'huile de foie de morue, dans certains cas de phthisie pulmonaire, aurait déterminé une tendance à la congestion, et même à l'inflammation du poumon. A l'autopsie il aurait trouvé ces organes congestionnés et hépatisés, non-seulement au voisinage des tubercules, mais encore dans presque toute l'étendue des deux poumons. Voici, du reste, comment M. Williams administre le médicament :

« Je n'emploie plus aujourd'hui, dit-il, qu'une huile parfaitement claire, transparente, sans goût, sans odeur, telle enfin qu'elle existe dans les cellules du foie de la morue, pendant la vie de l'animal; autrement dit, j'emploie une huile pour l'extraction de laquelle on ne se sert ni de la putréfaction ni de la chaleur (3).

(1) *Lond*[illegible]. *of med.*, juin 1849, et *Archives gén. de méd.*, juin 1849.

(2) *Dublin medical Press.*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 28 février 1850.

(3) Voici le mode de préparation de l'huile de foie de morue, donné par M. Williams. On n'emploie que des foies d'animaux morts depuis peu de temps; on choisit principalement ceux qui sont fermes et d'une couleur jaune pâle. On les réduit en pulpe, et l'on mélange celle-ci avec de l'eau à la température de 50 degrés centigrades ; on filtre, et, après avoir laissé reposer, on décante l'huile qui surnage. On la porte à la température de 12 à 15 degrés centigrades, et l'on filtre de nouveau. Toute cette opération doit être terminée en très peu de temps et dans des vases clos, afin d'empêcher l'huile de rancir. Celle-ci doit être conservée dans des vases bien remplis, bien fermes, et dans un endroit frais. Après le refroidissement, on filtre de nouveau, afin de dépurer la stéarine et la margarine qui se déposent.

» Je prescris ordinairement l'huile de foie de morue à la dose d'une cuillerée, deux ou trois fois par jour. Je commence par une cuillerée à café ; j'arrive graduellement jusqu'à une cuillerée à bouche, en consultant la tolérance de l'estomac. Je donne cette huile dans un liquide d'une odeur agréable, tel que l'infusion d'orange composée, additionnée d'un peu de teinture de sirop d'orange. Dans quelques cas, je me suis très bien trouvé d'avoir ajouté au véhicule quelques gouttes d'acide nitrique étendu d'eau. Autrement dit, le médecin doit faire tous ses efforts pour faire supporter le médicament, et pour éviter toute action désagréable sur l'estomac. Le meilleur moment pour administrer cette huile, c'est une heure ou deux après le repas : à ce moment, la digestion n'est pas encore terminée, et l'huile pénètre avec les matériaux alimentaires, sans donner lieu à des éructations désagréables, si communes lorsqu'on l'administre avant ou avec le repas. »

M. le docteur Duclos, de Tours (1), a trouvé que l'huile de foie de morue : 1° enraye fréquemment la marche de la phthisie au premier degré ; 2° ne fait, en général, que ralentir celle de la maladie au second degré et l'arrête rarement ; 3° n'a aucune influence favorable sur le troisième degré. Ces résultats sont différents de ceux qu'ont annoncé les auteurs anglais. Observons, en outre, que M. Duclos reconnaît que le diagnostic est souvent difficile dans le premier degré, et nous pourrons nous demander si, dans tous les cas où l'on a cru avoir obtenu la guérison, le diagnostic était bien précis.

Suivant les médecins anglais, l'un des effets les plus surprenants de l'huile de foie de morue est l'augmentation du poids des malades soumis à ce traitement. Voici le relevé des faits observés sous ce rapport à l'hôpital des phthisiques de Londres :

Sur 219 malades	153	ont gagné en poids.
	19	sont restés stationnaires.
	47	ont perdu.
	219	

Cette augmentation de poids a été surtout marquée dans la première période de la maladie.

1re période.......	78,6 p. 0/0 hommes.	2e et 3e période...	61,1 p. 0/0 hommes.
	67,5 p. 0/0 femmes.		64,1 p. 0/0 femmes.

L'augmentation a été plus marquée au-dessous de quinze ans que passé cet âge (2).

Suivant Magendie (3), ce n'est que le tissu adipeux sous-cutané qui prend de l'accroissement à la suite de l'administration de l'huile de foie de morue ; mais il ne motive pas cette assertion.

Dans la privation où nous sommes de faits réellement concluants, j'ai dû citer les opinions particulières des auteurs. Ce qu'il y a de certain, c'est que depuis plusieurs années, l'huile de foie de morue a la plus grande vogue. Or, il n'est pas inutile, puisqu'on la prescrit si souvent, de faire connaître les manières les moins

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 mai et 15 juin 1850.
(2) *Union médicale*, 21 septembre 1852.
(3) *Leçons faites au collége de France.*

désagréables de l'administrer. Déjà j'ai indiqué celle que préfère M. Williams. En voici quelques autres que je trouve dans le *Bulletin de thérapeutique* :

PREMIÈRE FORMULE.

Huile de foie de morue..........	30 gram.	Sirop d'orange.............	30 gram.
Solution de carbonate de potasse..	8 gram.	Essence d'œillet...........	4 gouttes.

Dose : une petite cuillerée deux fois par jour.

DEUXIÈME FORMULE.

Huile de foie de morue.........	30 gram.	Eau distillée d'anis............	30 gram.
Sirop d'orange................	30 gram.	Essence d'œillet..............	3 gouttes

Dose : une grande cuillerée trois fois par jour.

TROISIÈME FORMULE.

Huile de foie de morue....	250 gram.	Gomme en poudre........	30 gram.

Faites une émulsion et ajoutez :

Sirop d'orange............	30 gram.	Sirop de menthe	30 gram.

Dose : une grande cuillerée deux fois par jour.

Le docteur Benedetti (1) indique un moyen plus facile encore. *On mélange l'huile de foie de morue avec de l'amidon*, et l'on fait un *opiat* qu'on prend dans du pain azyme.

M. le docteur Ferrand (2) a proposé le moyen suivant pour l'ingestion de l'huile de foie de morue sans que le malade en perçoive le goût : « 1° Se mouiller préalablement la bouche avec une gorgée d'eau sucrée; 2° mouiller exactement l'intérieur d'un verre, dans lequel on verse un travers de doigt d'un liquide aqueux sur lequel on ajoute l'huile prescrite, et avaler huile et eau d'un seul coup; 3° boire sur-le-champ une petite quantité d'un liquide aromatique, pour entraîner au besoin toute trace du médicament. »

Malgré toutes ces précautions, on trouve encore quelquefois des sujets qui ne peuvent pas supporter ce médicament. Pensant qu'il n'agit que comme corps gras, quelques médecins ont cru qu'on pouvait lui substituer d'autres corps du même genre; mais jusqu'à présent il ne paraît pas qu'on ait obtenu des résultats satisfaisants, comme on peut le voir par les citations suivantes :

M. le docteur Thompson (3) avance que l'*huile de pied de bœuf*, quoique donnant généralement de moins bons résultats que l'huile de foie de morue, peut dans un bon nombre de cas être prescrite avec avantage, et même, dans certains, être plus utile.

M. le docteur Radclyffe Hall (4) a trouvé également que l'huile de pied de bœuf

(1) *Il Raccoglitore medico*, et *Journal des connaissances méd.-chir.*, 15 avril 1852.
(2) *Gazette médicale de Lyon*, juin 1852, et *Bulletin gén. de thérap.*, 15 juillet 1852.
(3) Voy. *Bulletin gén. de thérap.*, 15 juillet 1852.
(4) *Ibid.*, 15 septembre 1852.

remplace avantageusement l'huile de foie de morue dans les cas où celle-ci ne convient pas.

MM. Martin Duncan et Roger Nunn disent avoir substitué avec avantage l'huile d'amandes douces à l'huile de foie de morue ; mais ils ne citent aucun fait concluant à cet égard, et M. Thompson (1) a trouvé la première complétement inerte.

Dans ces derniers temps, on a pensé que l'huile de foie de morue agit par l'iode qu'elle contient. Mais d'abord on a reconnu que l'iode y est en très petite quantité, et, en second lieu, les effets heureux de ce dernier médicament sont loin d'être démontrés. M. le docteur Champouillon (2) a fait prendre de l'*huile iodée* sans aucun résultat; et moi-même je l'ai mise en usage sans plus de succès.

M. Aran (3) dit avoir retiré quelques avantages de l'*extrait hydro-alcoolique d'olivier* contre les accès de fièvre erratiques de la phthisie.

Tout le monde sait qu'on a de tout temps vanté *certains climats* comme propres non-seulement à préserver de la phthisie pulmonaire, mais encore à guérir cette maladie lorsqu'elle existe.

On a pensé également que l'*habitation aux bords de la mer* et les *voyages maritimes* pouvaient procurer la guérison des phthisiques. Cette manière de voir, que partageait Laennec, ne paraît nullement fondée, au moins quant à l'habitation dans les ports de mer.

[M. le docteur J. Rochard (4), second chirurgien en chef de la marine au port de Brest, a traité longuement cette question dans un mémoire très important, mais qui, en raison même des détails qu'il contient, ne saurait être analysé. L'auteur y établit, à l'aide de toutes les ressources d'une statistique étendue, que les anciens auteurs ont consacré, sans preuves suffisantes, l'utilité de la *navigation* et l'heureuse influence des *climats chauds* dans le traitement de la phthisie. Cette opinion, qui règne encore trop généralement, est, selon lui, formellement contraire à l'observation. Voici d'ailleurs les conclusions de M. J. Rochard :

« 1° Les voyages sur mer accélèrent la marche de la tuberculisation pulmonaire beaucoup plus souvent qu'ils ne la ralentissent.

» 2° Cette maladie, loin d'être rare parmi les marins, est au contraire beaucoup plus fréquente chez eux que dans l'armée de terre. Elle sévit avec une égale intensité dans les hôpitaux de nos ports, dans nos stations, dans nos escadres. Les officiers de marine, les médecins, les commissaires, tout ce qui navigue, en un mot, subit cette loi commune.

» 3° A part de rares exceptions qu'il faut bien admettre, en présence de quelques faits rapportés par des hommes dignes de foi, la phthisie marche à bord des navires avec plus de rapidité qu'à terre.

» 4° Les professions navales doivent être interdites de la manière la plus formelle aux jeunes gens qui semblent menacés de phthisie, et auxquels [illegible]tume de les conseiller.

(1) *Union médicale*, 28 août 1852.
(2) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 juillet 1852.
(3) *Bulletin de thérapeutique*, 30 novembre 1858.
(4) *De l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire*, ouvrage couronné par l'Académie de médecine (*Mémoires de l'Acad. de médecine*, 1856, t. XX).

» 5° Les tuberculeux ne pourraient retirer quelques fruits de la navigation qu'en se plaçant à bord dans des conditions hygiéniques spéciales, qu'en changeant de climat et de localité au gré des saisons et des vicissitudes atmosphériques, toutes choses qu'il est impossible de réaliser à bord des navires qui ont une mission à remplir. Les voyages par terre, le séjour prolongé dans une campagne bien choisie, permettent d'atteindre le même but avec moins de frais et moins de dangers.

» 6° Les pays chauds, envisagés dans leur ensemble, exercent une influence fâcheuse sur la marche de la tuberculisation pulmonaire et en accélèrent le cours.

» 7° Ceux qui sont situés sous la zone torride (les pays chauds proprement dits) jouissent surtout de cette fâcheuse prérogative, et le séjour doit en être formellement interdit aux phthisiques.

» 8° La plupart des pays chauds situés en dehors de la zone équatoriale sont également préjudiciables aux tuberculeux. Quelques points placés sur les confins de cette région, et concentrés dans un étroit espace, font exception. Ils le doivent à des conditions locales. Leur séjour garantit mieux les phthisiques des affections aiguës des voies respiratoires, qui accélèrent la marche de la tuberculisation, leur permet de mener un genre de vie plus propre à entretenir leurs forces, prolonge parfois leur existence, et contribue toujours à en adoucir la fin.

» 9° C'est dans la première période de la phthisie qu'il y a lieu de conseiller l'émigration, et que l'on est en droit d'en attendre de bons résultats. »

On a nié, ou contesté du moins, l'exactitude de ce résultat. « Mais, dit M. Rochard, l'opinion unanime des médecins en chef de nos colonies et des colonies anglaises, les statistiques comparées des troupes coloniales et des régiments d'Europe dans les deux pays, la fréquence de la phthisie dans nos stations intertropicales et dans les commandements anglais situés sous la même latitude, une foule d'observations particulières, le démontrent de la manière la plus positive; l'examen de chaque localité en particulier le confirme.

Les principales *stations* considérées comme étant ou pouvant être *utiles* aux phthisiques sont les suivantes: En France, *Hyères;* en Italie, *Nice*, *Menton*, *Villefranche*, *Monaco*, mais surtout *Pise* et *Venise;* en Afrique, l'*Egypte*, la province d'*Alger*, le *Sénégal*, *Madère;* en Amérique, la *Havane* et *Bahia*.

Parmi les *stations défavorables* nous citerons seulement les *climats froids*, les *lieux élevés*, et, parmi les villes, celles de *Gênes*, *Florence*, *Rome* et *Naples*.

Nous devons ajouter que ces dernières appréciations ont été puisées bien moins dans la statistique que dans l'étude des conditions météorologiques des divers climats. Ainsi on a jugé que telle ou telle station, telle ou telle ville, étaient favorables ou défavorables aux phthisiques, d'après l'état barométrique, thermométrique et hygrométrique habituel de l'atmosphère; d'après la direction et la persistance des vents; d'après les qualités que ces vents peuvent acquérir en passant préalablement sur la mer, les montagnes neigeuses, les pays chauds, etc. Tout cela peut être très exact au point de vue de la météorologie, mais nous n'y trouvons nullement des motifs de conviction au point de vue de l'utilité ou de la nocuité des climats dont nous venons de parler.

Aussi M. le professeur Champouillon (1) a-t-il pu, sans beaucoup de difficultés,

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1857.

combattre toutes les assertions précédentes, et chercher à détruire bien des réputations usurpées. Les remarques de cet observateur ne sont pas, il est vrai, basées sur des données statistiques, mais elles méritent cependant toute l'attention des lecteurs.]

La *phellandrie* (*phellandrium aquaticum*) a été vantée dans ces derniers temps; Sandras était un de ceux qui l'ont le plus préconisée. Il donnait la *graine pulvérisée avec son écorce* à la dose de 1 à 2 grammes par jour, incorporée dans du miel. M. Michéa (1) préfère le *sirop de phellandrie* à la dose de deux à quatre cuillerées par jour. J'ai expérimenté ce médicament, et des observations que j'ai recueillies (2), il est résulté pour moi que l'effet qu'on lui a attribué doit être rapporté à d'autres causes, et en particulier au repos et au séjour au lit.

Le docteur Hastings (3) dit avoir guéri 66 malades sur 100 avec le *medicinal naphta*, qui n'est autre chose qu'un esprit pyro-acétique obtenu en faisant passer la vapeur de l'acide acétique à travers un tuyau de porcelaine rougi au feu, ou en distillant à sec un acétate. Il en donne 20 gouttes trois fois par jour. Il suffit de remarquer cette énorme proportion de guérisons pour être convaincu qu'il y a erreur complète. D'ailleurs les observations citées sont très peu concluantes.

Le *nitrate d'argent*, l'*acétate de plomb*, le *charbon*, et plusieurs autres médicaments que nous retrouverons à l'occasion du traitement des symptômes, ont été cités comme pouvant guérir la phthisie; mais n'ayant aucune preuve de l'efficacité de ces moyens, je me contente de les mentionner.

Le docteur Verbeeck (4) a cité trois cas sur cinq, dans lesquels l'emploi de la *créosote* à l'intérieur a paru arrêter pendant quelques années les progrès de la maladie. Il administre le médicament ainsi qu'il suit :

℞ Décoction de racine de guimauve ou de lichen carraghaen .... 300 gram.
Créosote.................. 2 gouttes.
Sirop de pavots............. 24 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée et demie toutes les deux heures.

Après quelques jours de l'usage de cette mixture, la créosote est administrée en pilules, associée à l'extrait de réglisse, et la dose est graduellement augmentée jusqu'à six gouttes, puis diminuée jusqu'à deux.

Faut-il encore citer la *vapeur du charbon*, conseillée par MM. Tschikarewysky et Sokolow (5); le *caoutchouc* en pilules prescrit par M. Huller (de Presbourg) (6); les *cigarettes arsenicales; les escargots;* les *frictions avec du lard*, du docteur Spilsbury, etc., etc.? A peine si quelques-uns de ces moyens peuvent prendre place dans la médecine des symptômes.

Parmi les moyens externes, ceux que l'on regarde comme les plus efficaces sont le *séton* et le *cautère* placés sur les parois de la poitrine, au ni[illegible] point où siége la lésion du poumon. M. Rostan (7) a eu sous les yeux quelques cas où l'ap-

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, décembre 1847.
(2) *Ibid*, février 1850.
(3) *Pulmon. consumpt. successful treatment*, etc., 1845.
(4) *Ann. méd. de la Flandre occident.*, 1852, et *Bull. gén. de thér.*, 15 septembre 1852.
(5) *Tydschrift woor Wetens*, etc. Utrecht.
(6) *Journal de pharmacie*, 1846.
(7) *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1835.

plication d'un séton fit disparaître des symptômes graves dus à la fonte des tubercules ; mais ce médecin n'a pas publié lui-même ces observations, et l'extrait qu'on en a donné dans le recueil que nous venons de citer laisse infiniment à désirer. Dans le seul cas qui paraisse se rapporter à notre sujet, il est très probable qu'une de ces phlegmasies intercurrentes dont nous avons déjà parlé plusieurs fois a seule été guérie. Les observations en faveur du cautère ne sont pas plus concluantes.

Enfin, des *moyens mécaniques* ont été proposés afin d'obtenir l'oblitération des cavernes et d'empêcher le dépôt de la matière tuberculeuse. Deux médecins entre autres les ont proposés : l'un, M. Ramadge (1), conseille de produire une très forte expansion des poumons, en faisant faire aux malades de grandes inspirations d'air atmosphérique, en les faisant monter à cheval, etc. ; l'autre, M. Piorry, veut au contraire que l'on comprime les parois de la poitrine à l'aide de bandages particuliers ou de poids qui tendent à les affaisser de manière à mettre en contact les parois des cavernes, et d'en opérer ainsi la cicatrisation. Ces bizarres moyens, qui paraissent si peu fondés sur une connaissance suffisante de la maladie, et pour l'appréciation desquels on n'a tenu aucun compte des principales circonstances, ne doivent pas nous arrêter plus longtemps.

On a été jusqu'à faire l'*ouverture d'une caverne* à travers les parois de la poitrine. Cette opération, conseillée par le docteur G. Robinson (2), qui voulait qu'on fît l'ouverture comme pour les hydatides ou les abcès du foie, et pratiquée par MM. Hastings et Stokes (3), ne peut soutenir le plus léger examen. Sait-on si la caverne est unique ? Le saurait-on, quel moyen y aurait-il d'empêcher le reste du poumon d'être envahi par les tubercules ? Il y a toute espèce de motifs de repousser une pratique semblable. Nous croyons, cependant, devoir citer le fait suivant qui est exceptionnel.

M. Bricheteau (4), ayant fait mettre des cautères multipliés sous la clavicule droite d'un malade atteint de phthisie pulmonaire, pénétra ainsi jusqu'à la caverne qui se vida ; le malade guérit. Quinze mois après il succomba à une péricardite aiguë ; à l'autopsie, on trouva l'affaissement et l'oblitération partielle de l'excavation caverneuse.

Marshall-Hall (5) conseillait, contre la phthisie caractérisée par la matité à la percussion, par la pectoriloquie non douteuse au-dessous de la clavicule, par l'hémoptysie, les frissons, les accès fébriles, la transpiration matinale, des *lotions* faites avec le mélange suivant :

℞ Alcool .... 1 partie | Eau .... 3 parties.

On applique ainsi ce mélange :

On prend un morceau de linge doux de la largeur d'une feuille de papier à lettre, que l'on ploie plusieurs fois sur lui-même, de manière qu'il présente six largeurs, puis on l'étend sur la partie antérieure et supérieure du thorax, immédiate-

(1) *Archives gén. de méd.*, 2e série, 1836, t. IX, p. 81.
(2) *London medical Gazette*, 1845.
(3) *Ibid.*, même année.
(4) *Loc. cit.*, obs. 1re.
(5) *Gazette médicale de Paris*, octobre 1844. — *The Lancet*, 1834. — *Bulletin de thérap.*, octobre 1844.

ment au-dessous des clavicules; on l'attache aux bretelles, ou à toute autre partie du vêtement, mais de façon qu'il porte à nu sur la peau, et que la chemise et les autres pièces du vêtement puissent être écartées et rapprochées facilement. On plonge alors dans la dissolution alcoolique une éponge du volume d'une noisette, et l'on exprime le contenu à la surface de la compresse; puis les vêtements sont fermés.

Cette opération ne demande pas plus de cinq secondes; elle doit être répétée toutes les cinq minutes, et ne doit être interrompue que pendant le sommeil. Le malade doit être habillé légèrement, et il est bon même que la compresse ne soit pas recouverte, afin de faciliter la libre et rapide évaporation. Dans ce cas, Marshall-Hall ne s'est-il pas fait illusion ?

Nous venons de passer en revue les principaux moyens préconisés dans le traitement radical de la phthisie. Maintenant, comment doit-on en apprécier la valeur d'une manière générale ? Nous avons fait voir, à l'occasion de chacun d'eux en particulier, que les observations d'après lesquelles on les avait vantés ne pouvaient, par des motifs très divers, entraîner la conviction, et que, aussitôt que le médicament passait en des mains étrangères, il perdait cette efficacité qui avait paru incontestable à son inventeur. La conclusion inévitable de cette revue me paraît être qu'il n'y a jusqu'à présent aucun remède qu'on puisse regarder comme véritablement curatif de la phthisie pulmonaire, et que, dans les cas fort rares où la guérison a eu réellement lieu, l'action des médicaments a été tout à fait secondaire. D'après ces considérations, on pourra penser que nous aurions dû passer sous silence un bon nombre des moyens cités plus haut; mais comme il fallait en déterminer la valeur avec connaissance de cause, et surtout comme plusieurs d'entre eux n'ont point été expérimentés aussi bien qu'ils auraient pu l'être, j'ai pensé, et tout le monde pensera sans doute, qu'il était utile de les exposer avec quelques détails. Maintenant nous allons passer au traitement palliatif, qui, dans l'état actuel de la science, est le plus important, puisque c'est le seul sur lequel nous puissions réellement compter.

Traitement palliatif. — Ce traitement consiste dans l'emploi de moyens qui, sans pouvoir produire la cure radicale de la phthisie, procurent l'amendement des principaux symptômes, calment les douleurs, et peuvent ralentir la marche de la maladie. L'observation nous a appris à connaître un assez grand nombre de ces moyens, dont l'efficacité limitée, comme je viens de le dire, est incontestable. Nous allons les examiner successivement.

Nous avons vu plus haut que les *émollients*, aidés du *repos*, procuraient un soulagement marqué à des sujets soumis auparavant à des causes d'irritation prolongée. Tous les jours, en effet, nous voyons entrer dans les hôpitaux des malades qui paraissent dans un état extrêmement grave, et qui, au bout de quelques jours de repos et de l'emploi de moyens fort simples, éprouvent une amélioration des plus notables. Ces mêmes moyens, aidés de l'emploi de *petites saignées*, de quelques *sangsues* sur les parois de la poitrine, ont d'excellents résultats lorsqu'il existe une de ces pneumonies ou pleurésies peu étendues qui tendent à donner une vive impulsion à tous les symptômes. C'est là une pratique générale que l'on ne saurait se dispenser de suivre dans de semblables circonstances.

Moyens contre la toux. — La toux est un des premiers symptômes de la maladie, et ce symptôme est souvent très incommode; aussi, depuis très longtemps,

a-t-on cherché les moyens d'y remédier. On trouve dans Forestus (1) la formule d'une poudre qu'il a empruntée à Haly, et dont la substance véritablement agissante est le *pavot blanc*. Les opiacés font également partie du traitement de Sydenham (2), et de nos jours ce sont les remèdes les plus employés chez les phthisiques. Ils atteignent, en effet, le double but de calmer la toux, de diminuer l'oppression et de rendre la respiration plus facile. Suivant Schmidt, l'*opium* donné seul augmente les symptômes de la phthisie, tandis qu'en l'associant aux *yeux d'écrevisse*, il est toujours efficace contre la toux et l'insomnie. L'expérience journalière nous apprend ce qu'il faut penser de la première de ces deux propositions, qui doit paraître fort étrange. Toutefois nous allons donner ici la formule publiée par le docteur Meyer (3).

℞ Poudre d'yeux d'écrevisse..	2 gram.	Eau de fleur de tilleul.......	60 gram.
Jus de citron, quant. suffis. pour la saturation.		Teinture d'opium..... de 5 à	7 gouttes.
		Sirop diacode..............	8 gram.

Mêlez. A prendre en une fois, avant de se coucher.

Les pilules d'extrait d'opium, à la dose de 0,03 à 0,20 et même 0,30 centigrammes, données graduellement, et l'extrait de datura stramonium administré de la même manière, remplissent très bien l'indication.

C'est principalement pour diminuer l'intensité de la toux que M. Cruveilhier fait fumer les *cigarettes de belladone*. Cette substance a été administrée à l'intérieur par MM. Dor et Delahaye; le premier de ces médecins affirme n'en avoir retiré aucun avantage. C'est également par leur action contre la toux que la *ciguë*, l'*aconit*, la *jusquiame*, ont acquis leur réputation d'efficacité contre la phthisie pulmonaire. Alibert a recommandé les *fumigations d'éther cicuté;* mais on ne saurait approuver une telle pratique, qui peut avoir des inconvénients graves, sans que des observations exactes viennent déposer en sa faveur. MM. Trousseau et Pidoux (4) disent avoir retiré de très bons effets de l'*emplâtre de ciguë* appliqué sur les parois de la poitrine. Suivant eux, ce moyen calme la toux, tempère les douleurs et modère la marche des tubercules. Est-ce bien à la ciguë qu'il faut attribuer ces effets? En supposant qu'il n'y ait eu aucune illusion de la part de ces auteurs, de simples emplâtres de poix de Bourgogne et de diachylon ayant souvent des avantages de ce genre, surtout quand les malades se soumettent à un repos qu'ils ne gardaient pas auparavant, on sent qu'il faudrait autre chose qu'une simple assertion pour mettre hors de doute l'efficacité de l'emplâtre de ciguë.

Le *lactucarium* est mis en usage dans le même but que l'opium, et plusieurs auteurs affirment qu'il a eu des effets avantageux. Enfin, les fumigations narcotiques, celles de médicaments dits pectoraux, les loochs, les juleps gommeux, etc., complètent l'ensemble des moyens dirigés contre ce symptôme.

L'*oppression* et les *douleurs de poitrine* sont quelquefois portées à un degré assez élevé pour exiger un traitement particulier. Les *emplâtres*, soit simples, soit

(1) *Opera omnia*, lib. XIV, obs. 58, t. II. Rothom., 1653.
(2) *Opera medica*, t. I, p. 528, *Processus integr.*, etc.
(3) *Receptasch*, p. 256.
(4) *Traité de thérapeutique*, etc., t. II, p. 132.

composés de substances narcotiques ; les frictions sur la poitrine avec un *liniment opiacé* ou bien avec un liniment irritant employé comme *révulsif;* les frictions avec l'*huile de croton*, qui, suivant M. Dor, ont un effet avantageux et retardent la marche de la phthisie, sont habituellement prescrits.

Je n'indiquerai pas ici les moyens qu'on doit opposer à l'*hémoptysie*, puisqu'ils ont été exposés en détail à l'occasion de cette hémorrhagie.

Il arrive assez souvent que l'*expectoration est difficile*, pénible, et n'a lieu qu'après de violents efforts de toux. C'est principalement pour obvier à ces inconvénients qu'un grand nombre des médicaments dont nous avons parlé plus haut ont été mis en usage : ainsi les *balsamiques*, les *vomitifs à petite dose*, et en particulier l'*ipécacuanha*, le *polygala*, etc., ont été administrés dans ce but. Cette dernière substance, associée par Sachtleben au *lichen d'Islande* et à la *douce-amère*, a été donnée par lui selon la formule suivante :

℞ Lichen d'Islande......	} àâ 90 gram.	Réglisse..................	24 gram.
Racine de polygala....		Douce-amère...............	12 gram.

Faites-en bouillir le tiers dans du lait. A prendre dans la journée.

Les *sueurs* colliquatives, qui affaiblissent si rapidement les phthisiques et qui leur sont souvent si désagréables, ont nécessairement attiré l'attention des médecins. Parmi les substances qui ont été le plus préconisées comme propres à les arrêter, il faut distinguer l'*agaric blanc* et l'*acétate de plomb*. Le premier de ces deux médicaments a été particulièrement vanté par M. Bisson, qui a cité quelques observations en sa faveur (1). M. Philippe (2) a également observé des cas où les sueurs se sont arrêtées très peu de temps après l'administration de l'agaric blanc ; enfin M. Dor, qui a fait des expériences dans le but d'apprécier la valeur des diverses substances préconisées, a noté les mêmes effets. Suivant M. Bisson, ce médicament doit être employé à la dose de 20, 30, 40 ou 50 centigrammes en pilules. Dans les cas où il existe une diarrhée abondante, il faut s'en abstenir, attendu qu'il est purgatif ; mais, lorsque la diarrhée est légère, on peut encore l'administrer, en ayant soin de l'associer à l'opium.

L'*acétate de plomb* a été plus fréquemment prescrit ; mais, suivant M. Dor, il réussit beaucoup moins bien. Nous indiquerons la dose dans les ordonnances. Enfin le docteur Nasse affirme qu'il a arrêté les sueurs abondantes de la troisième période à l'aide de *frictions faites avec de l'huile sur toutes les parties du corps.* Tous les praticiens savent trop combien il est difficile d'arrêter ces sueurs, dans le plus grand nombre des cas, pour qu'il soit nécessaire de leur rappeler que la plupart des assertions précédentes ne sont pas appuyées sur un nombre suffisant de faits bien observés.

On a dû, avec bien plus de raison encore, chercher des moyens propres à arrêter la *diarrhée colliquative*, qui plonge si rapidement les malades dans le marasme. Les moyens les plus ordinaires pour y parvenir sont les opiacés, et principalement le *laudanum* administré en lavement. Mais comme ces moyens restent fort souvent

(1) *Mém. sur l'emploi de l'agaric blanc contre les sueurs dans la phthisie.* Paris, 1832, in-8.

(2) *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. IV.

sans effet contre les diarrhées abondantes de la dernière période, on en a cherché plus efficaces. Le *nitrate d'argent*, déjà proposé contre les sueurs, a été vanté par M. Robert Thomas comme propre à arrêter la diarrhée colliquative; il l'administre à la dose de 0,004 à 0,005 grammes, trois fois par jour. Nous ne connaissons aucun fait qui démontre positivement l'efficacité de ce moyen. M. Graves (1) a également employé ce remède et lui donne de grands éloges, parce qu'il réussit, dit-il, à arrêter la diarrhée sans faire reparaître des sueurs abondantes. C'est à l'observation à nous démontrer la valeur de cette assertion.

M. Devergie (2) conseille l'*acétate de plomb décomposé par le carbonate de soude*, ainsi qu'il suit :

Faites dissoudre séparément 0,10 grammes d'acétate de plomb neutre et 0,03 grammes de carbonate de soude, dans une petite quantité d'eau.

Ajoutez ces deux dissolutions à 60 à 90 grammes de décoction de graine de lin, contenant :

Laudanum de Sydenham .... 4 gouttes.

Donner immédiatement matin et soir.

Le carbonate peut être porté à 12 centigrammes 1/2 et l'acétate à 25 centigrammes.

Remarquons que ce moyen n'est pas simple; car avec l'acétate de plomb décomposé, on donne le laudanum, qui pourrait bien avoir la plus grande part d'action contre la diarrhée.

Nous n'indiquerons point ici les autres moyens opposés ordinairement à la diarrhée, parce que nous aurons occasion d'y revenir ailleurs; nous répétons seulement que souvent, quoi qu'on fasse, cette diarrhée persiste : c'est lorsque des ulcérations plus ou moins étendues occupent les intestins.

Enfin, dans le cas où le mouvement fébrile prend un type intermittent plus ou moins marqué, on emploie souvent avec succès le *traitement antipériodique*. A ce sujet, nous devons dire que le *sulfate de quinine*, à la dose de 0,03 à 0,05 grammes toutes les deux heures, comme le veut M. Amelung (3), ou bien à la dose de 0,15 grammes avec addition de 0,03 grammes de digitale quatre fois par jour, comme le prescrit M. Gunther, a été recommandé comme pouvant produire la guérison de la phthisie. Il est fort probable qu'une amélioration marquée, due à la suspension des accès fébriles, a fait croire à ces auteurs que la guérison était radicale. Il arrive assez souvent qu'après avoir suspendu des accès de fièvre quotidienne qui ne tardent pas à se reproduire, le sulfate de quinine, administré de nouveau, n'a plus aucun effet : on voit alors combien il est inefficace contre la phthisie elle-même.

Régime. — Mis en usage soit pour venir en aide à un traitement prétendu radical, soit concurremment avec des moyens palliatifs, soit seul enfin et comme mode particulier de traitement, le régime a beaucoup occupé les médecins. Dans les siècles précédents, le régime lacté était regardé comme très efficace; on y sou-

(1) *Archives gén. de méd.*, 1833, 2e série, t. I, p. 580.
(2) Voy. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1836, p. 508.
(3) *Hufeland's Journal*, août 1831.

mettait presque exclusivement les malades. Le *lait d'ânesse*, pris soir et matin, était surtout fort recommandé. Aujourd'hui, sans exclure, tant s'en faut, le lait du régime des phthisiques, on pense généralement qu'il ne faut pas en abuser, et que les aliments de facile digestion, pris dans le règne animal ou végétal, doivent être prescrits tant que l'estomac ne les repousse pas. Dans ces derniers temps, et M. Roche en particulier a émis formellement cette idée (1), on a pensé qu'il serait bien plus utile de prescrire aux phthisiques, dont le sang est appauvri, une nourriture substantielle, l'usage d'un vin généreux, quelques préparations toniques, que ce régime débilitant auquel on a l'habitude de les soumettre. Ces conseils, qu'il ne faut pas toujours prendre au pied de la lettre, car nous savons aussi combien une excitation, légère pour un autre, peut avoir de graves résultats chez un phthisique, peuvent être suivis dans les premiers temps de la maladie, lorsque l'intégrité du tube intestinal existe encore, et lorsqu'un mouvement fébrile, même léger, ne s'est point produit. Dans le cas contraire, un régime doux, peu nourrissant, est le seul qui doive être recommandé.

Nous ne parlerons pas ici du traitement de la méningite tuberculeuse, de la pneumonie chronique, de la phthisie laryngée, etc., survenues dans le cours de la phthisie, parce qu'une place particulière est réservée dans cet ouvrage à chacune de ces affections.

Avant de passer aux *moyens prophylactiques*, nous allons faire connaître quelques traitements composés d'un plus ou moins grand nombre des moyens exposés plus haut, et mis en usage par les principaux auteurs qui se sont occupés de cette maladie. Morton (2) divisait son traitement en trois parties distinctes, suivant les trois degrés qu'il admettait dans la maladie, et voici comment il procédait.

TRAITEMENT DE MORTON.

Première époque. — Une saignée du bras de 180, 210, 240, 300 grammes, répétée à des intervalles convenables, suivant la force du sujet et l'intensité des symptômes.

Après la saignée, surtout s'il y a embarras gastrique, un émétique : répéter le vomitif tous les trois ou quatre jours, à quatre ou cinq reprises. Le moment le plus favorable pour l'administration du vomitif est un peu avant le soir.

Après le vomitif, un opiat suivant des formules très différentes ; dans les principales, il entre du laudanum liquide et de la thériaque.

Pour débarrasser le malade de ses saburres, un cathartique, principalement composé de manne et d'huile d'amandes douces.

Les diaphorétiques, les vésicatoires aux bras et entre les épaules, un grand nombre de médicaments dits thoraciques et pulmonaires, un régime sévère et le repos du corps et de l'esprit, viennent compléter le traitement de cette première époque, dans laquelle Morton croit avoir guéri un grand nombre de malades. Les partisans les plus exclusifs des anciens ne se croiront sans doute pas obligés de regarder les observations de Morton comme l'expression d'une vérité démontrée ; les erreurs de diagnostic, à une époque aussi peu éloignée du début de la maladie.

(1) *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, art. PHTHISIE.
(2) *Opera omnia*, t. I, p. 58. Lugduni, 1737.

ont dû être nécessairement très nombreuses, et les résultats thérapeutiques trompeurs, par conséquent. L'absence de toute observation ne nous permet pas de juger autrement cet auteur.

Deuxième époque. — N'employer la saignée que dans le cas de complication péripneumonique; prescrire les pectoraux et les altérants, et surtout l'usage prolongé des balsamiques. Contre la diarrhée, employer les astringents et les narcotiques; contre la chaleur hectique, la diète lactée; s'il y a des accidents gastriques, prescrire le lait d'ânesse, etc.

Troisième époque. — Les principaux médicaments, dans ce degré de la phthisie, sont les altérants, les expectorants, les balsamiques, et toujours les cordiaux, à cause de la prostration des forces. Le quinquina doit être employé lorsque la fièvre prend un caractère putride; cependant Morton affirme qu'il n'a jamais vu le quinquina réussir dans la fièvre intermittente des phthisiques de la même manière que dans une fièvre intermittente ordinaire.

Nous avons cité ce traitement, qui est présenté, dans l'ouvrage de l'auteur, avec les plus grands détails et avec une immense quantité de formules, parce qu'il appartient au médecin qui, dans le siècle dernier, a le plus particulièrement étudié la phthisie. Un bon nombre des moyens qu'il employait sont, ainsi que nous le voyons tous les jours, utiles contre les symptômes; mais ils ne guérissent pas la phthisie, comme il le croyait.

Fr. Hoffmann (1) a exposé avec beaucoup de soin le traitement de la phthisie, tel qu'il était à son époque. En voici la substance :

TRAITEMENT DE FR. HOFFMANN.

Le lait, recommandé déjà par Hippocrate (2) et plus tard par Galien (3), doit être prescrit dans tout le cours de la maladie. Le petit-lait a aussi de très grands avantages. Le lait d'ânesse et le lait de chèvre doivent être placés au premier rang; on peut les rendre plus efficaces encore en faisant manger à ces animaux des plantes médicamenteuses, telles que les ronces, le cytise, la scabieuse, la véronique, etc. On peut leur donner une vertu médicamenteuse plus puissante encore en les unissant à d'autres médicaments, et en particulier aux infusions et aux décoctions des plantes dites vulnéraires et pectorales : le tussilage, le plantain aigu, la scabieuse, l'aigremoine, le lierre terrestre, etc., etc. Enfin on peut faire servir le lait de véhicule à presque tous les autres médicaments qu'on emploie contre la phthisie, et que le plus souvent on donne séparément.

Les laxatifs sont employés dans les premiers temps de la maladie; les opiacés et les diurétiques viennent ensuite; puis les balsamiques, les poudres tempérantes, qui doivent être également administrées dans le lait. Voici la formule d'une de ces poudres :

℞ Nacre de perle........	ââ 8 gram.	Nitrate de potasse...........	4 gram.
Yeux d'écrevisse......		Huile distillée de macis......	4 gouttes.

Mêlez. A prendre à la dose de 4 grammes.

(1) *Opera omnia : De affect. phth. cur.* Genevæ, 1761, t. III, p. 189.
(2) *Œuvres* complètes, traduction Littré.
(3) *Methodus medendi*, lib. V, cap. XII.

Pour calmer la violence des symptômes, prescrire des bains d'eau douce avec une suffisante quantité de lait de vache et de sulfate de potasse.

Le traitement préservatif consiste à employer la saignée contre l'hémoptysie; les tempérants, les laxatifs, contre une trop grande excitation; et enfin le fameux régime de Celse, que nous ferons connaître un peu plus loin.

On voit que ce traitement de Fr. Hoffmann ne présente rien de bien particulier. L'ensemble de ces moyens aurait-il une grande efficacité? C'est ce qu'il est impossible de dire; car, dans les observations fournies par Fr. Hoffmann, on ne trouve pas des éléments suffisants pour un diagnostic positif, et la solidité de la guérison n'est pas démontrée.

Nous ne citerons pas d'autre traitement d'auteurs anciens, parce qu'ils n'ajouteraient rien d'important à ce que nous venons de dire. Nous allons présenter celu du docteur Robert Thomas, qui a réuni les principaux moyens employés en Angleterre.

TRAITEMENT DU DOCTEUR ROBERT THOMAS.

La saignée sera employée au début de la phthisie, quand l'oppression et les douleurs de la poitrine seront considérables. Le lait, et principalement le lait d'ânesse, doit être donné en grande quantité; s'il a un effet purgatif, on y mêlera une certaine dose d'eau de chaux. Le lait de femme a une vertu curative plus grande encore.

Pour empêcher les tubercules de s'enflammer, les amender ou même les faire disparaître complétement, on doit prescrire une solution de *chlorhydrate de chaux*, en commençant par *quatre grammes* chaque jour, et augmentant graduellement la dose. L'inspiration des vapeurs de l'*éther sulfurique*, l'habitation dans un lieu communiquant avec une étable à vaches, l'usage de la *digitale pourprée*, sont encore des moyens très utiles dans cette période. Ce dernier médicament surtout est employé avec beaucoup d'avantages; une des préparations les plus simples est l'infusion faite ainsi qu'il suit :

℞ Feuilles de digitale pourprée sèches .... 4 gram.

Faites infuser dans :

Eau bouillante .... 250 gram.

A prendre à la dose de 15 gram.

Le chlorhydrate de baryte, l'hydriodate de potasse, l'émétique, le sulfate de cuivre, les expectorants, et presque tous les autres remèdes que nous avons signalés plus haut, sont ensuite indiqués par le docteur Robert Thomas.

Dans la période d'ulcération, les balsamiques tiennent le premier rang, et, suivant M. Thomas, le copahu peut être administré à la dose de 20 à 30 gouttes; mais la myrrhe est le médicament sur lequel on doit le plus compter; nous avons donné plus haut la formule (voy. p. 785).

Contre les sueurs, le médicament employé de préférence par M. Thomas est une infusion de roses avec une quantité d'acide sulfurique suffisante pour lui donner un degré agréable d'acidité.

Quant à l'influence du climat, M. Thomas émet cette singulière opinion, que le passage d'un pays froid dans un pays chaud est utile dans le premier degré de la phthisie, et qu'il est nuisible, au contraire, dans la période d'ulcération.

On voit que, malgré les prétentions de bien des auteurs, le traitement de la phthisie n'a pas fait de grands progrès, puisque des remèdes si différents sont placés sur la même ligne par les auteurs qui ont dû rechercher avec le plus d'attention quels étaient les plus efficaces.

M. Stokes a tracé avec soin la marche à suivre dans le traitement de la phthisie pulmonaire; la voici.

TRAITEMENT DU DOCTEUR WILLIAMS STOKES.

Garder la chambre, défendre tout exercice du poumon. Une seule saignée du bras, si le sujet est robuste et le pouls fiévreux; sangsues appliquées en petit nombre alternativement aux régions sous-claviculaire et axillaire du côté affecté: répéter fréquemment cette saignée locale; quelquefois on pourra placer des ventouses sur les piqûres. Entretenir la liberté du ventre; régime principalement composé de laitage, de substances farineuses et de légumes légers.

Par ce traitement, dit M. Stokes, le râle disparaît ordinairement, la force du murmure vésiculaire augmente, la matité diminue, et tous les symptômes s'amendent. On fait alors usage des moyens suivants :

Appliquez, environ tous les trois jours, sous la clavicule et sur le bord du scapulum, un vésicatoire de 4 ou 5 centimètres de diamètre; continuez l'emploi de ce moyen pendant plusieurs semaines, puis vous pourrez le convertir en un cautère superficiel, en plaçant à sa surface un disque de feutre et un mélange d'onguent mercuriel et d'onguent de sabine.

On calmera la toux à l'aide de la potion suivante :

℞ Mucilage arabique	99 gram.	Eau de laurier-cerise. de 2 à 4	gram.
Sirop de limon	15 gram.	Acétate de morphine	0,05 gram.
Eau pure	75 gram.		

Dès que le cautère est établi, frictions avec un liniment térébenthiné, dont voici la formule suivant le docteur Cless (de Stuttgard) (1).

℞ Huile de térébenthine	90 gram.	Huile volatile de limon	4 gram.
Acide acétique	15 gram.	Jaune d'œuf	n° 1.
Hydrolat de rose	75 gram.		

Triturez le jaune d'œuf avec l'huile de térébenthine et de limon; ajoutez ensuite peu à peu l'acide acétique et l'hydrolat.

Suivant M. Stokes, ce médicament, si facile à mettre en usage, a une très grande efficacité; mais malheureusement ce n'est là qu'une assertion.

Faire ensuite les fumigations suivantes :

℞ Eau bouillante............ 400 gram. | Dissolvez-y : extrait de ciguë. 0,75 à 1 gram.

Faites aspirer la vapeur qui s'élève de cette solution.

(1) Wurtemberger med. Correspondenzblatt, t. XI, n° 11.

TRAITEMENT DE M. BEAU.

[Nous avons dit que M. Beau (1) admet un antagonisme entre la phthisie et l'intoxication saturnine. Cette opinion, appuyée sur des considérations ingénieuses (2), bien plus que sur l'observation, a engagé ce médecin à *imprégner de plomb quelques phthisiques* de son service ; et il assure l'avoir fait avec succès. Voici la formule de ce traitement :

« J'ai fait préparer, dit M. Beau, des pilules renfermant 0gr,10 de *céruse*, et, par une augmentation rapide, mais progressive, je suis arrivé à en donner huit par jour. On en suspendait l'usage ou l'on en diminuait la dose aussitôt qu'il se manifestait de l'arthralgie, ou lorsque le malade nous paraissait suffisamment imprégné, c'est-à-dire à l'apparition simultanée du liséré, de l'analgésie et du teint ictéroïde qui caractérise, comme on sait, le premier degré de l'empoisonnement saturnin. »

Les principaux effets de ce traitement sont la suppression de l'expectoration, des hémoptysies et de la toux. La phthisie n'est pas guérie, il est vrai, mais elle est devenue *sèche*.

« Le seul inconvénient sérieux que présente jusqu'ici le traitement par le plomb, c'est l'anorexie qu'il amène inévitablement. On pourrait essayer d'administrer le médicament en frictions, absolument comme on le fait pour le mercure chez les individus dont l'estomac ne le supporte pas. »

La céruse a été préférée à l'acétate de plomb, parce que son action sur la muqueuse stomacale est beaucoup moins irritante.

L'usage des préparations plombiques, dans la phthisie, n'est pas nouveau ; mais on ne les employait que contre les sueurs et la diarrhée colliquatives.]

Le *traitement mercuriel*, employé aussi par les docteurs Graves et Marsh, a, suivant M. Stokes, réussi dans plusieurs cas de phthisie commençante; mais les observations présentées par cet auteur manquent des détails nécessaires pour nous faire apprécier la valeur de ce traitement.

M. Cheneaux, qui s'est beaucoup occupé de la nature de la maladie, et M. Fournet, qui admet comme causes les principales circonstances dans lesquelles les malades se trouvent placés, ont tous les deux un traitement composé d'un très grand nombre de moyens, car la plupart de ceux qui ont été précédemment indiqués s'y trouvent compris. Le premier accorde beaucoup de confiance à l'*aconit*, qui agit, selon lui, avec avantage sur le système nerveux primitivement altéré chez les phthisiques. Les moyens proposés par ces deux auteurs ont, pour la plupart, des avantages, mais au titre que nous leur avons reconnu, c'est-à-dire comme palliatifs ; un plus haut degré d'efficacité n'est point prouvé.

On voit, d'après ce qui précède, qu'on en est presque toujours réduit à faire la médecine des symptômes, et qu'en définitive des moyens à peu près semblables sont mis en usage par les différents auteurs : il n'en serait assurément pas ainsi si quelqu'un d'entre eux avait trouvé un remède d'une efficacité incontestable.

Régime. — C'est ici le lieu d'exposer le régime indiqué par Celse (3), et qui a

(1) *Gazette des hôpitaux*, 17 mai 1859.
(2) *Leçons sur la dyspepsie*, recueillies par M. Thibierge (*Moniteur des hôpitaux*, 1853).
(3) Lib. III, cap. XXII.

été recommandé, avec quelques modifications, par la plupart des médecins venus après lui.

RÉGIME DE CELSE.

Si les forces sont abattues, entreprendre une longue navigation, changer de climat, de telle sorte qu'on se trouve dans un air plus dense que celui que l'on quitte. Si l'on ne peut naviguer, faire un exercice passif, soit en litière, soit d'une autre manière. Abandonner les affaires et mettre de côté tout ce qui peut porter de l'inquiétude dans l'esprit. Se livrer au sommeil aussi longtemps que possible. Éviter les rhumes et, pour cela, fuir en même temps et le soleil et le froid, se couvrir la bouche; employer, contre les plus légères toux, les remèdes appropriés; faire usage de boissons aqueuses et de laitage.

A l'époque où Celse écrivait, on ordonnait aux malades de l'Italie un voyage à Alexandrie; en France, et par des raisons analogues, nous prescrivons à nos malades le voyage d'Italie. Nice est la ville où on les envoie de préférence. M. Barth (1) a démontré que, sans sortir de France, on trouvait à Hyères les meilleures conditions climatériques qu'on puisse désirer.

Il y a peu de chose à ajouter à ce qui a été recommandé par Celse : l'abstinence des boissons alcooliques, trop excitantes, et de tous les excès qui peuvent porter la perturbation dans l'organisme, voilà ce qui complète le régime à suivre et les précautions générales à prendre dans le traitement de la phthisie.

Traitement préservatif. — Si, comme ne nous le prouve que trop tout ce que nous avons dit plus haut sur l'inefficacité des médicaments les plus vantés, le traitement de la phthisie pulmonaire est resté jusqu'à présent sans succès, nous est-il du moins permis d'espérer que, dans un cas donné, on peut étouffer le germe de la maladie, ou, en d'autres termes, employer avec quelques chances de réussite un traitement préservatif? Rien n'est plus difficile que de répondre à cette question. Il n'y a aucun exemple qui prouve incontestablement qu'on soit parvenu à changer la constitution d'un individu prédisposé à la phthisie, et il est difficile de penser qu'on parvienne jamais à s'assurer d'un pareil fait. Cela n'a pas empêché les auteurs d'indiquer un traitement préservatif détaillé; mais on est bientôt convaincu que les moyens dont ils font usage sont absolument les mêmes que ceux qu'ils prescrivent dans la première période de la maladie. Ce sont donc ces moyens qu'on devra employer chez les sujets d'une constitution délicate, présentant des signes de scrofules, nés de parents phthisiques ou scrofuleux, et ayant eu une ou plusieurs hémoptysies. Le régime indiqué plus haut, un exercice convenable, le passage dans un climat plus tempéré, sont les meilleurs moyens à mettre en usage. Si le régime fortifiant, recommandé par M. Roche, peut avoir quelque succès, c'est en par[illegible] Quelques auteurs ont pensé qu'il serait bon, pour fortifier la constitution, d'habituer les sujets aux intempéries de l'air et aux travaux pénibles; mais cette pratique pourrait avoir de très grands inconvénients, car nous avons vu que les phlegmasies qui se développent en pareilles circonstances hâtent souvent la marche d'une phthisie commençante. Au reste, on ne pourra se prononcer sur la valeur de ces moyens préservatifs qu'après avoir fait de très nombreuses obser-

(1) *Notice sur le climat d'Hyères* (*Arch. de méd.*, 3e série, t. XIII, p. 161). — Voy. aussi E. Carrière, *Le climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical.* Paris, 1849, p. 548.

tions ; car si l'on n'apporte en preuve que quelques faits isolés, on conçoit qu'il restera toujours cette question : Le sujet était-il réellement prédisposé aux tubercules ?

Dans le cas où un enfant naîtrait d'une mère évidemment phthisique, on ne permettrait pas à celle-ci de le nourrir, et on le confierait à une nourriture fortement constituée.

Résumé, *ordonnances*. — En résumé, le traitement de la phthisie pulmonaire consiste : 1° dans un grand nombre de moyens vantés comme procurant la guérison de la maladie, et dont nous n'avons pas pu, en étudiant attentivement les faits, reconnaître l'inefficacité ; 2° dans quelques autres, tels que les émollients, les narcotiques, etc., dont l'utilité est démontrée, mais qui ne s'adressent qu'à quelques symptômes, et qui sont impuissants pour arrêter la marche toujours croissante de la maladie. Quant au traitement qui, suivant plusieurs auteurs, doit préserver les sujets prédisposés, il n'est fondé que sur des conjectures. Traçons maintenant, dans un petit nombre d'ordonnances, la conduite à suivre dans les principaux cas.

Ire Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PEU AVANCÉE, AVEC TOUX ET OPPRESSION CONSIDÉRABLES.

1° Pour tisane :

℞ Fleurs de tussilage........	4 gram.	Eau......................	1 kilog.

Faites infuser pendant un quart d'heure.

Édulcorez avec sirop de capillaire.. .... 30 gram.

2° Tous les soirs une pilule de 0,03 à 0,05 grammes d'extrait thébaïque.

3° Appliquer sur le sternum et entre les deux épaules, s'il existe quelques douleurs, un emplâtre de poix de Bourgogne ou de diachylon.

4° Régime doux et léger : laitage, œufs, poisson, viandes blanches ; s'abstenir de vin pur et de liqueurs fortes ; exercice modéré ; éviter toute cause de refroidissement, porter de la flanelle sur la peau.

IIe Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE COMPLIQUÉE D'UNE PHLEGMASIE INTERCURRENTE.

1° Pour tisane, infusion de fleurs de mauve et de capillaire, édulcorée avec le sirop de gommé.

2° Saignée de 200 à 300 grammes, qu'on répétera s'il est nécessaire, mais avec beaucoup de réserve, ou bien 10 à 12 sangsues sur les parois de la poitrine ; chez les enfants 2 à 6 sangsues, suivant l'âge.

3° ℞	Tartre stibié........	0,10 gram.	Sirop diacode..............	10 gram.
	Eau de fleur d'oranger.	100 gram.	Sirop simple...............	25 gram.

A prendre par cuillerées de deux en deux heures.

4° Diète, repos au lit.

IIIe Ordonnance.

PHTHISIE A LA SECONDE PÉRIODE, AVEC SUEURS ABONDANTES.

1° Pour tisane :

Seconde décoction de lichen d'Islande, édulcorée avec parties égales de sirop scillitique et de sirop simple.

2° ℞ Acétate de plomb.... } āā 0,50 gram. | Sucre..................... 2 gram.
Opium............ }

Divisez en vingt paquets. Dose : un le matin et un le soir.

Ou bien, administrez l'agaric blanc ainsi qu'il suit :

℞ Agaric blanc en poudre... 2 gram. | Sucre blanc pulvérisé...... 4 gram.

Divisez en dix paquets, dont on prendra de deux à huit ou dix par jour. On devra s'arrêter si le médicament provoque des selles trop abondantes.

3° Maintenir le malade dans une température douce ; éviter les mouvements qui pourraient le fatiguer ou accélérer la respiration.

4° Régime, *ut suprà.*

IVe Ordonnance.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE AVEC DIARRHÉE COLLIQUATIVE.

1° Pour boisson, eau de riz édulcorée avec le sirop de coing.

2° Matin et soir, un lavement avec une décoction de graine de lin et 10 à 15 gouttes de laudanum de Sydenham. Chez les enfants, la dose de laudanum sera de 2 à 6 gouttes, suivant l'âge.

3° ℞ Infusion de roses rouges. 130 gram. | Sirop de coing................ 35 gram.
Teinture de cachou..... 5 gram. |

A prendre par cuillerées dans la journée ; on pourra remplacer cette potion par 60 à 80 grammes de décoction blanche de Sydenham.

4° Diète ; ne permettre, lorsque la diarrhée est médiocrement abondante, qu'un ou deux potages au riz par jour.

Je ne multiplierai pas ces ordonnances, auxquelles on peut très facilement en ajouter beaucoup d'autres à l'aide des détails donnés plus haut. Ainsi je n'en présenterai point pour le traitement de la phthisie avec redoublement fébrile périodique, ou avec hémoptysie, parce que ces traitements sont les mêmes que ceux des fièvres intermittentes et de l'hémorrhagie pulmonaire ; je n'en donnerai point non plus pour le traitement curatif, puisque chacun des moyens préconisés par les auteurs a été exposé et apprécié.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Traitement curatif. — Antiphlogistiques, chlore, iode, goudron, créosote, balsamiques, préparations sulfureuses, protoiodure de fer, digitale, vomitifs, sels

alcalins, hydrochlorate de chaux, narcotiques, fenouil d'eau, phellandrie, huile de foie de morue, nitrate d'argent, acétate de plomb, charbon, séton, cautères, moyens mécaniques, climat.

Traitement palliatif. — Antiphlogistiques, émollients, narcotiques, emplâtres sur les parois de la poitrine, traitement de l'hémoptysie, expectorants, acétate de plomb, agaric blanc, nitrate d'argent (contre la diarrhée), sulfate de quinine, digitale, régime lacté.

Traitement prophylactique. — Régime, donner l'enfant d'une mère phthisique à une nourrice saine, habitation à la campagne, etc.

ARTICLE X.

ALTÉRATIONS DU PARENCHYME PULMONAIRE PAR DES CORPS ÉTRANGERS PULVÉRULENTS.

[C'est une opinion fort ancienne et presque instinctive que l'inspiration des matières pulvérulentes n'est pas sans danger, et qu'elle peut produire des maladies du parenchyme pulmonaire, surtout chez les artisans exposés *habituellement* à l'action des poussières de différente nature. Néanmoins quelques auteurs ont pu nier l'influence d'un air chargé de molécules organiques ou inorganiques, et attribuer à d'autres conditions professionnelles le développement d'un grand nombre d'affections pulmonaires. Cette opinion pouvait être soutenue à l'époque où l'on pensait que les poussières introduites dans les poumons produisaient la phthisie tuberculeuse; mais toute objection doit tomber depuis que l'on a reconnu des lésions spéciales, propres à chaque espèce de poudre, et que l'on a démontré anatomiquement l'incrustation de ces poussières dans le parenchyme pulmonaire.

Ramazzini (1) avait déjà fait quelques remarques sur ce sujet, mais ses assertions manquent de preuves anatomiques. Voici quelques passages de cet auteur : « Les plâtriers, malgré le soin qu'ils ont de se couvrir la bouche d'une toile, avalent une certaine quantité de particules gypseuses qui voltigent dans l'air et qui, pénétrant dans les organes de la respiration, se mêlent à la lymphe, se concrètent en tophus, et forment des incrustations dans les replis tortueux des poumons.... Les ouvriers qui séparent la farine d'avec le son au moyen des bluteaux, ceux qui secouent et portent les sacs, quoiqu'ils garantissent leur visage, ne peuvent s'empêcher d'avaler avec l'air qu'ils respirent les particules qui y voltigent. Ils deviennent en peu de temps sujets à la toux, essoufflés, enroués, et enfin asthmatiques, quand leur trachée-artère et leurs poumons, incrustés de farine, empêchent la circulation de l'air dans leur cavité.... Ceux qui, dans les carrières, séparent les masses de marbre des rochers où elles tiennent; ceux qui les scient, qui les taillent et en font des statues et d'autres ouvrages, avalent souvent, en respirant, des fragments de pierre anguleux, pointus, qui sautent sous leurs marteaux; aussi sont-ils tourmentés de la toux, et quelques-uns d'entre eux deviennent-ils asthmatiques et phthisiques.... Mêmes remarques pour les ouvriers en chanvre, lin, laine, crin, etc.... Quant à ceux qui *aiguisent* au grès les rasoirs et les lancettes, ils sont surtout affectés de maladies des yeux. »

(1) *Traité des maladies des artisans.*

On trouve ensuite, dans les anciens journaux et recueils de médecine, quelques observations éparses sur les maladies pulmonaires produites par la poussière du charbon de terre. Clarke, dans son traité de la *Phthisie*, reconnaît cette influence. Alison (d'Édimbourg) appelle l'attention sur la maladie pulmonaire qui fait mourir presque tous les tailleurs de pierre avant l'âge de cinquante ans. Le docteur Forbes parle de la phthisie des mineurs de la province de Cornwall. Enfin, le docteur Knight fait connaître la *maladie des rémouleurs de Sheffield*, maladie analogue à la phthisie et qui fait succomber les ouvriers entre vingt-huit et trente-deux ans. Selon cet auteur, le rémoulage à sec est le plus dangereux, et particulièrement celui des fourches. M. Benoiston de Châteauneuf signale aussi l'influence des poussières, mais ses relevés statistiques sont un peu confus.

M. le professeur Andral (1) a donné une excellente description de la *maladie des caillouteux*, ou *tailleurs de pierres à fusil de Meunes* (Loir-et-Cher). Selon M. Andral, c'est une affection tuberculeuse; mais l'auteur ne croit pas devoir l'attribuer aux poussières siliceuses qui pénètrent dans les poumons. Cette phthisie reconnaît surtout pour cause le froid, l'insuffisance d'air et de lumière, la vie sédentaire, la misère et toutes ses conséquences.

Malgré toutes ces observations si dignes d'intérêt, la plupart des auteurs modernes exclurent du cadre de la phthisie les maladies de cette nature, et bientôt on oublia et les commentaires et les faits eux-mêmes, ou on les nia. Ainsi, Parent-Duchâtelet (2) nie l'influence des matières pulvérulentes sur la respiration, et il cite comme exempts d'accidents les batteurs de tapis et de matelas, les arçonneurs, les plâtriers, les boulangers, les ouvriers des manufactures de tabac.

Cependant de nouvelles observations intéressantes furent recueillies à diverses époques. Nous citerons surtout celles de MM. Rilliet (3), Béhier (4), Piorry et Raciborski (5), Quevenne (6), Monneret (7), l'analyse faite par M. Grassi (8), et enfin les consultations de MM. Bouillaud, Lafont et Escoffier (9).

Mais les travaux récents de Hall, de MM. Desayvres, Tardieu et Vernois, réveillèrent l'attention à cet égard et placèrent la question sous son véritable jour, en démontrant qu'il s'agit de maladies mécaniques d'une nature toute particulière, et non de la phthisie tuberculeuse.

Le mémoire de Hall (10) est relatif à la *maladie des aiguiseurs de Sheffield*, et il ne contient pas beaucoup plus de détails que celui plus ancien du docteur Knight. Le travail de M. Desayvre (11) est relatif à la *maladie des aiguiseurs de la manufacture d'armes de Châtellerault*, et ceux de M. A. Tardieu (12) et Vernois (13)

(1) Laennec, *Auscultation*, 4e édition. Paris, 1837, t. I, p. 324, t. II, p. 188.
(2) *Traité d'hygiène publique*. Paris, 1836, t. II, p. 697.
(3) *Archives gén. de méd.*, 1838, t. II, p. 160.
(4) *Ibid.* t. III, p. 287.
(5) *Gazette [illegible]itaux*, 1847.
(6) *Ibid.*, 1841.
(7) Observation publiée par M. Tardieu.
(8) *Ibid.*
(9) *Ibid.*
(10) *British medical Journal.* — Analyse dans *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 400.
(11) *Etudes sur les maladies des ouvriers de la manufacture d'armes de Châtellerault* (*Annales d'hygiène*, Paris, 1856).
(12) *Etude hygiénique sur la profession de mouleur en cuivre* (*Annales d'hygiène*. 1854).
(13) *Annales d'hygiène*, 2e série, 1858, T. IX, p. 344.

donnent la description de la *maladie des mouleurs en cuivre*. Nous allons donner l'analyse de ces trois derniers mémoires.

Maladie des aiguiseurs. — M. le docteur Desayvre a recueilli toutes ses observations à la manufacture d'armes de Châtellerault (Indre), et il a reconnu que de toutes les opérations qui se pratiquent dans cette fabrique, celle de l'aiguisage est la plus dangereuse. Quand l'aiguisage se pratique *à sec*, il s'élève des meules une poussière siliceuse très abondante et en même temps très ténue, dont une partie pénètre, par la respiration, jusque dans les cellules pulmonaires ; l'application d'un linge au devant du nez et de la bouche n'est qu'un moyen fort insuffisant de préservation. Si les meules sont *mouillées* (modification introduite depuis quelques années dans ce genre de travail), la poussière est moins abondante, mais cependant il en pénètre encore une certaine quantité dans les poumons. L'introduction de cette poudre siliceuse est favorisée par l'action de *parler* ou de *chanter* ; les ouvriers qui parlent *peu* et *bas* ou qui ne chantent pas sont moins rapidement affectés que les autres.

La poussière inorganique introduite ainsi dans les poumons n'agit ni chimiquement ni mécaniquement sur la muqueuse pulmonaire, du moins pendant très longtemps, car on voit des ouvriers aiguiseurs exercer leur profession sans accidents pendant vingt ou trente ans. Mais elle se fixe, s'incruste et s'*incarne* dans le poumon, à tel point qu'elle ne peut être expulsée ni par les efforts de toux ni par l'expectoration. Selon M. Desayvre, elle ne devient dangereuse que quand il se développe des bronchites, des pneumonies ou des pleurésies. Agissant alors comme un véritable corps étranger, elle empêche la résolution de ces affections et finit par amener un engorgement permanent des poumons. Aussi M. Desayvre considère-t-il la maladie comme une pneumonie chronique, ainsi que le docteur Hall.

Les *lésions anatomiques* sont les suivantes :

Le poumon contient, du sommet à la base, un grand nombre de *grains blancs ou noirs*, plus ou moins durs, qui paraissent occuper les cellules aériennes. Les grains blancs sont uniquement formés de *silice* ; les grains noirs résultent d'un *mélange de silice et de matière noire pulmonaire*, analogue à la *mélanose*, dit M. Desayvre.

Le parenchyme pulmonaire présente, suivant le degré de la maladie, de l'*hépatisation rouge*, de l'*induration* ou des *cavernes*. La muqueuse bronchique est rarement affectée. Il y a toujours des traces de pleurésie double.

Les symptômes ne correspondent pas exactement aux trois degrés anatomiques que nous venons d'indiquer. Néanmoins il y a aussi trois périodes dans l'évolution de la maladie.

« Dans la *première période*, caractérisée par la présence des corps étrangers dans les poumons, sans altération du tissu de ces organes, nous trouvons de la toux sèche, ou plus souvent suivie d'une expectoration blanchâtre, filante, peu abondante, excepté le matin. Point d'hémoptysie. Le malade vomit souvent le matin des matières bilieuses, glaireuses ; la respiration est vésiculaire, mais moins moelleuse qu'à l'état normal, et l'on entend à l'auscultation un très léger craquement. La sonorité est bonne ; du reste, point de diminution des forces.

» Dans la *seconde période*, qui correspond à l'engorgement du tissu pulmonaire, le malade tousse, il expectore des crachats blancs ou blanc verdâtre, quelquefois

même rougeâtres, et éprouve assez souvent de petites hémoptysies. Il ressent de la dyspnée par le moindre exercice ; la sonorité de la poitrine est beaucoup diminuée, et la respiration est sourde, incomplète, dure, craquante. Des râles se font entendre ; ils dépendent de la bronchite, qui coexiste presque toujours. Du reste, point de fièvre ; appétit, forces en assez bon état ; vomissements comme plus haut. Assez souvent une pleurésie se développe incidemment et vient aggraver notablement l'état du malade.

» Dans la *troisième période*, des cavernes existent dans les poumons : l'aiguiseur est forcé, bon gré mal gré, de s'arrêter ; car jusqu'alors, malgré l'induration partielle de leurs poumons, beaucoup d'entre eux n'ont pas interrompu leur travail. La toux est très fréquente, l'expectoration très abondante. Il se manifeste de temps à autre des hémoptysies effrayantes par la quantité du sang rejeté. A l'auscultation, on n'entend presque nulle part la respiration vésiculaire, mais à sa place des râles ronflants, sibilants, universels, et, dans certains points, le râle caverneux. A la percussion, on ne trouve presque partout que matité. L'état général est en rapport avec l'état local : fièvre continue avec exacerbations le soir ; sueurs, insomnies, amaigrissement, dyspnée, vomissements. Enfin, par épuisement, ou après une longue et cruelle agonie, la mort vient terminer cette triste existence.

» La maladie des aiguiseurs est essentiellement chronique ; dès le début, elle se développe lentement et insensiblement, et c'est par années qu'il faut en compter la durée... Tout porte à croire que la première période est fort longue, et peut même ne pas passer à la seconde, ce qui veut dire que la poussière peut séjourner dans les poumons sans produire d'accidents. La durée de la seconde varie depuis un an jusqu'à quelques années. Dans la troisième, la marche de la maladie se précipite davantage ; mais elle peut encore durer un an, deux ans même, avant de déterminer la mort du malade. »

Lorsque la maladie n'a pas dépassé le second degré, on peut encore en espérer la guérison ; mais il faut alors que l'aiguiseur suspende ses travaux. Dans le cas contraire, on peut établir que l'âge de cinquante ans est le terme le plus éloigné de la vie des ouvriers de cette profession. M. Desayvre croit qu'on devrait arrêter tout travail après *vingt années* de service.

L'observation démontre que l'on peut *prévenir* la plupart des graves accidents auxquels sont soumis les aiguiseurs. Le *ventilateur* est un appareil dont l'orifice se trouve placé entre l'ouvrier et la meule, et au-dessous de celle-ci ; par un système d'appel, la poussière siliceuse est aspirée et portée au dehors en très grande partie. Il convient donc d'adapter cet appareil à toutes les meules. Il faut aussi proscrire l'*aiguisage à sec*. Les ouvriers *parleront peu et bas*, et *ne chanteront pas*. Comme les pleurésies, les bronchites et les pneumonies deviennent très graves sous l'influence des poussières siliceuses, les ouvriers éviteront les *refroidissements* et suspendront quelquefois les *travaux rudes*, comme celui de l'aiguisage des cuirasses, etc.

En résumé, selon M. Desayvre, la *maladie des aiguiseurs* consiste en un engorgement du tissu pulmonaire, quelquefois avec excavation, entretenu et aggravé par la présence de corps étrangers. Ces corps ne peuvent être ni dissous par le mucus bronchique, ni rejetés au dehors ; ils peuvent séjourner longtemps dans les poumons sans produire aucune altération de ces organes.



Le problème thérapeutique à résoudre est donc celui-ci : guérir l'engorgement des poumons, malgré la présence des corps étrangers.

« A la période d'engorgement, qui mérite le plus notre attention, puisqu'elle est la seule curable, on fera, avant tout, cesser complétement le travail; on pratiquera au malade une petite saignée; puis, à quelques jours d'intervalle, on fera plusieurs applications de huit à dix sangsues chaque fois sur l'un et l'autre côté, dans le double but de combattre l'engorgement pulmonaire et l'hémoptysie. La récidive de l'hémoptysie sera surtout l'indication d'une nouvelle application de sangsues. Si une pleurésie se déclare, c'est encore à ce moyen que l'on aura recours; seulement on en mettra davantage, de quinze à vingt, suivant la force du sujet. On ne devra pas reculer devant un certain nombre de saignées locales; car c'est le seul moyen qui nous ait paru efficace dans plusieurs cas des plus graves. On tiendra le malade à l'usage des tisanes émollientes et à un régime très doux; on lui prescrira un silence absolu. Excepté dans les cas de complication de pleurésie, on s'abstiendra d'appliquer des vésicatoires. Le seul révulsif qui nous ait paru imprimer un amendement notable à la marche de la maladie est la pommade stibiée, que nous employons à la dose de 15 grammes d'axonge pour 8 grammes de tartre stibié. On devra manier ce moyen énergiquement; on ne craindra pas de développer l'éruption pustuleuse successivement sur toute la poitrine, et de l'entretenir pendant une couple de mois au moins.

» A la troisième période, on est naturellement réduit à faire la médecine des symptômes. »

Maladie des mouleurs en cuivre. — M. le docteur A. Tardieu fait remarquer que la lésion des poumons des ouvriers mouleurs en cuivre est à la fois analogue à celle des aiguiseurs d'armes, et cependant très distincte. Ces derniers sont exposés à l'action de la poussière siliceuse des meules; les premiers inspirent une grande quantité de poudre de charbon de bois, qui entre dans la confection des moules où l'on coule le cuivre.

Il nous est impossible de donner ici une description complète des opérations du moulage et des conditions qui rendent cette industrie dangereuse; nous nous bornerons à quelques indications sommaires. Lorsque le moule est terminé, on en recouvre la surface intérieure avec une couche plus ou moins épaisse de *poussier* de charbon de bois, qui sert pour empêcher l'adhérence des différentes parties du moule entre elles et avec le modèle. Or, pendant l'action de saupoudrer les moules, il s'élève dans les ateliers un nuage de poussière tel, qu'au bout de quelques instants la figure des assistants se noircit d'une manière sensible, et qu'en même temps les produits de l'expectoration deviennent noirs. Le poussier de charbon est presque toujours déposé en grand excès sur le moule. L'ouvrier se sert d'un soufflet pour enlever cet excès, et ne laisser que les particules adhérentes au moule : de là résultent encore de nouveaux nuages de poussière. On emploie encore dans cette industrie d'autres poudres, telles que le *ponsif sableux*, la *farine impure;* si l'on y joint les fumées qu'exhalent les fourneaux de la fonderie, les métaux en fusion, les torches et les chandelles, on comprendra combien est impure et insalubre l'atmosphère des ateliers.

C'est sur les poumons que se porte l'action de ces divers corps suspendus dans l'air, et parmi lesquels domine le poussier de charbon.

Il y a déjà longtemps (1843) que l'on a reconnu l'insalubrité du moulage; mais c'est aux travaux de M. Tardieu (1) que l'on doit la connaissance des symptômes et des lésions anatomiques de la maladie des mouleurs en cuivre. Nous empruntons à cet auteur tous les détails qui vont suivre.

Les influences pernicieuses auxquelles sont exposés les mouleurs en cuivre n'agissent pas toujours également vite ni avec une égale intensité, et la résistance que leur oppose chaque ouvrier est plus ou moins complète et plus ou moins prolongée. Dans tous les cas, et à l'encontre de ce que l'on observe dans certaines professions où l'apprentissage est plus rude, et, si l'on peut ainsi dire, l'acclimatement plus périlleux, c'est avec lenteur, et souvent après un temps très long, que cette action se fait sentir. C'est en général après plus de dix ans d'exercice de leur profession que les ouvriers mouleurs en éprouvent de fâcheux effets.

Dans le principe, les ouvriers ressentent à la fin de la journée une grande fatigue, qui n'est pas en rapport avec la dépense très modérée de force musculaire qu'exigent les opérations du moulage. Au milieu de la journée, il y a une sensation pénible d'étouffement, qui contraint l'ouvrier à supprimer le repas du soir et à le remplacer par une boisson chaude, telle que du thé ou du lait. Cependant ces accidents se dissipent pendant la nuit; mais à cette fatigue quotidienne, à ces étouffements passagers, succèdent bientôt une gêne habituelle de la respiration et de la toux revenant par quintes fréquentes. Dès ce moment l'état de maladie est confirmé, et l'on peut distinguer trois degrés dans son évolution.

Dans le *premier degré*, on observe d'abord un étouffement marqué, surtout le soir, mais qui ne force pas à suspendre le travail, la difficulté de marcher et l'impossibilité plus ou moins complète de souper. A ces symptômes s'ajoutent de temps à autre de la toux, principalement en hiver, et des rhumes de cerveau assez fréquents. Pas de crachement de sang, mais expectoration d'une matière noire. La poitrine présente un peu de voussure; la respiration est un peu courte et haute, mais à peu près normale. Cependant, par l'auscultation, on constate dans certains points un peu de faiblesse du bruit respiratoire, et une inégalité, parfois même une absence presque complète de l'expansion pulmonaire, accompagnée d'un retentissement exagéré de la voix. Cet état est jusqu'à un certain point compatible avec la santé.

Au *second degré*, la physionomie porte la trace d'une souffrance habituelle; les traits sont altérés; le teint est pâle et plombé, la démarche lente et pénible. L'oppression et l'essoufflement sont presque continuels; la respiration, très courte, haute et suspirieuse, n'a lieu que par un effort qui met en jeu toute l'énergie des muscles élévateurs de la poitrine. La cage thoracique semble se mouvoir tout d'une pièce, de bas en haut, par une contraction brusque et laborieuse. Il résulte de ce mécanisme une conformation tout à fait caractéristique du thorax et du cou. Les muscles des régions sus-claviculaires, extraordinairement développés, forment une saillie considérable à laquelle s'ajoute la dilatation des veines jugulaires. La poitrine offre une voussure générale ou partielle, des points très sonores et d'autres d'une matité presque absolue. La respiration est faible, inégale, absente dans quelques

(1) *Etude hygiénique sur la profession de mouleur en cuivre* (*Annales d'hygiène*, Paris, 1854, t. II, p. 5 et 308.

points, et entremêlée de râles muqueux et sibilants. La résonnance de la voix est exagérée dans divers endroits. Les malades ressentent une constriction de la base de la poitrine; ils toussent d'une manière continue, ou par quintes suivies de nausées et de vomissements. Il y a souvent des hémoptysies; mais, dans tous les cas, il y a expectoration de mucosités contenant des pelotons ou des masses de matière noire pulvérulente plus ou moins agglomérée.

Ces accidents se compliquent souvent de maladies du cœur.

Le travail devient extrêmement pénible; cependant la cessation du travail et l'éloignement de l'atelier suffisent, en général, sinon pour faire disparaître complétement, du moins pour atténuer les accidents. Mais on observe une particularité remarquable : c'est que l'expectoration de matières noires continue à se montrer non pas seulement pendant les premiers jours, mais même plusieurs semaines, plusieurs mois et jusqu'à plusieurs années après la cessation absolue de tout travail et de toute fréquentation des ateliers de moulage.

Enfin, dans le *troisième degré*, la face est livide, et le tronc, amaigri, contraste avec le développement exagéré des muscles inspirateurs du cou. La poitrine présente des points où il y a de la voussure, de la sonorité et de la faiblesse de la respiration, et d'autres où il y a matité, défaut d'élasticité, rudesse de la respiration, résonnance de la voix et quelquefois souffle bronchique. La toux est incessante, et quelquefois il y a des crachements de sang répétés. Les malades finissent par succomber dans cet état de marasme et d'asphyxie lente que l'on observe dans les maladies chroniques des poumons et du cœur.

L'étude des *lésions anatomiques* a pu être faite dans trois cas.

Les poumons, recouverts de fausses membranes assez épaisses, présentent à leur surface et dans toute leur étendue de larges taches noires qui leur donnent un aspect marbré, et dont les dimensions varient de la largeur d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de cinq francs et plus. Le tissu de l'organe est dense, résistant, et offre à la coupe des masses noires plus ou moins volumineuses, formées par une matière sèche, très légèrement granuleuse, amorphe, non enkystée, et déposée dans l'épaisseur même du parenchyme, qui, à l'entour, semble dans certains points parfaitement sain, et dans d'autres manifestement induré. L'examen microscopique permet de reconnaître que les derniers ramuscules bronchiques sont altérés par ce dépôt. Les divisions supérieures des voies aériennes sont dilatées, et présentent une coloration rouge livide et noirâtre de la membrane muqueuse. Il existe, dans quelques parties, de l'emphysème; mais cette lésion est loin d'être générale et dominante. Les poumons, mis en macération dans l'eau, ne cèdent que très lentement et en très petite quantité la matière noire agglomérée dans leur intérieur; mais, pour peu qu'on écrase ces noyaux, on obtient un détritus qui tache fortement en noir les doigts, le papier et le linge. La putréfaction, en décomposant la trame organique, donne le même résultat.

L'analyse chimique de la matière noire dont il s'agit a été faite par plusieurs chimistes, parmi lesquels nous citerons MM. Chevreul, Lecanu, Grassi, O. Henry, Leconte, et il résulte de toutes les recherches que cette matière n'est autre chose que de la poussière très divisée de *charbon végétal*, et non pas même une poussière complexe comme celle que l'on peut recueillir dans les ateliers de moulage.

Les détails qui précèdent nous dispensent d'insister sur le *diagnostic* et le *pronostic*.

Quant au *traitement curatif*, il nous semble qu'il doit être établi sur les mêmes bases que celui de la maladie des aiguiseurs.

Mais il importe de dire quelques mots de la *prophylaxie*. Si l'on continue à employer le poussier de charbon, il faut éviter qu'il ne se répande en nuage dans les ateliers, et pour cela il faut employer la *ventilation* et des *tuyaux d'appel* établis sous le plancher des ateliers et s'ouvrant au niveau du sol; on conseille aussi l'emploi de tamis couverts, au lieu de sachets de toile, pour répandre le poussier sur les moules. Mais il serait de beaucoup préférable, selon M. Tardieu, de remplacer le poussier par une poudre plus lourde et ne formant pas de nuages; et, sous ce rapport, il y aurait un grand avantage à mettre en usage la *fécule de pomme de terre*. Il nous serait impossible de multiplier les détails à cet égard, sans tomber dans une étude d'hygiène qui n'appartient plus à un livre de la nature de celui-ci.

Mais nous ne pouvons pas terminer sans ajouter que l'on a élevé des doutes sur la nature et la cause de la *maladie des mouleurs*.

M. le docteur Maxime Vernois (1) pense que l'on a attribué au charbon une influence trop considérable. Les passages suivants résument sa pensée :

« Parmi les faits qui existent dans la science sur la présence du charbon dans les poumons de charbonniers morts phthisiques ou emphysémateux, quelques-uns sont incontestables : tels sont ceux où l'on a analysé les produits et les masses noirâtres rencontrés après la mort. Mais c'est l'interprétation de ces faits qui, à mon sens, n'est pas rationnelle. Loin que les dépôts charbonneux aient été la seule cause efficiente des accidents, je crois qu'ils ont été la conséquence d'un emphysème pulmonaire préexistant, et que si plus tard ils ont eu leur part d'action dans la marche fatale de cette maladie, cette part n'eût pas à elle seule suffi pour être funeste... Ce qui, dans l'état d'intégrité des poumons, est tout à fait inoffensif, peut, dans le cas d'emphysème, donner lieu à des états organiques plus sérieux et plus permanents; les cellules aériennes, déchirées et dilatées, retiennent l'air qu'elles reçoivent pendant un temps beaucoup plus long que dans l'état normal. Le mouvement de va-et-vient du courant d'air ne s'opère plus avec la même énergie, et l'on conçoit la facilité avec laquelle les matières étrangères apportées par le flot de l'inspiration tendront à séjourner et à se déposer dans les cellules aériennes. L'expiration, ayant perdu une grande partie de sa force, n'expulse que ce qui est au centre de la colonne d'air, et n'agit presque plus sur les couches adhérentes aux parois : de là engorgement, accumulation des produits et cause directe de ces dépôts noirâtres qu'on a pu observer et analyser. » Plus loin l'auteur ajoute : « L'absence de l'air et de l'insolation détermine de prime abord un état général de faiblesse et d'anémie, qui prédispose à l'emphysème, tout aussi bien qu'à l'infiltration du tissu cellulaire, et est suivie des dépôts de la matière houilleuse, noire, à laquelle tous les accidents ont été attribués. » Enfin il faut encore établir une distinction entre le charbon pur et celui qui est mélangé de silice, cette dernière substance pouvant réellement, comme chez les aiguiseurs, être cause d'accidents.

Ces citations suffisent pour montrer l'opposition qui existe entre les systèmes

(1) *Annales d'hygiène*. Paris, 1858, t. IX, p. 349.

d'explication de MM. Tardieu et Vernois. Mais la thérapeutique n'est pas aussi intéressée dans ce débat qu'on pourrait le croire; car les deux opinions convergent vers un même but : la prescription de meilleures conditions hygiéniques pour les ouvriers qui travaillent dans les ateliers où s'exerce l'industrie du moulage en cuivre (1)].

(1) [Il serait d'un grand intérêt pour le lecteur de pouvoir rapprocher, au point de vue étiologique, tous les faits relatifs à l'action des matières pulvérulentes sur l'économie. Jusqu'à présent on ne possède que des travaux isolés; mais nous sommes heureux de savoir qu'un traité d'ensemble sera prochainement publié sur cette matière par un savant hygiéniste, M. le docteur Maxime Vernois (*Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative*). Cet honorable confrère a bien voulu nous communiquer plusieurs parties de son travail, et nous autoriser à en indiquer ici en substance les principales conclusions; nous ferons encore usage de ces communications dans d'autres parties de cet ouvrage.

Il faut, dit M. Vernois, distinguer, dans l'application des matières pulvérulentes sur la peau ou sur les muqueuses, deux modes d'action très différents :

1° Dans le premier, les poudres et poussières agissent mécaniquement et localement; elles déterminent des inflammations, des ulcérations, des sécrétions plus ou moins prolongées; mais, en somme, elles n'influent pas d'une manière trop fâcheuse sur l'économie, à moins qu'elles n'affectent un organe important comme le poumon, et surtout dans certains cas où l'emphysème permet le séjour et l'incrustation des matières.

2° Dans le second cas, au contraire, le dépôt de la poudre sur la peau et les muqueuses, et leur incrustation dans ces membranes, n'est qu'une première période d'action, lorsque ces poudres sont solubles et de nature toxique; en effet, elles sont absorbées plus ou moins rapidement, et produisent tous les effets de l'empoisonnement. Ainsi, dans la profession de fleuriste (*a*), en particulier, les préparations de vert arsenical agissent d'abord sur la peau en produisant des éruptions et des ulcérations par une action purement locale, et ensuite sur les muqueuses, où elles sont absorbées : alors surviennent des accidents d'empoisonnement.

Dans le chapitre actuel, nous n'avons parlé que des poudres qui ont sur la muqueuse pulmonaire un effet simplement local.]

(*a*) *Mémoire sur les accidents produits par l'emploi des verts arsenicaux chez les ouvriers fleuristes, etc.*, par M. le docteur Maxime Vernois (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale.* 2° série, Paris, 1859, t. XII, p. 319 et suiv.).



TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE DEUXIÈME VOLUME.





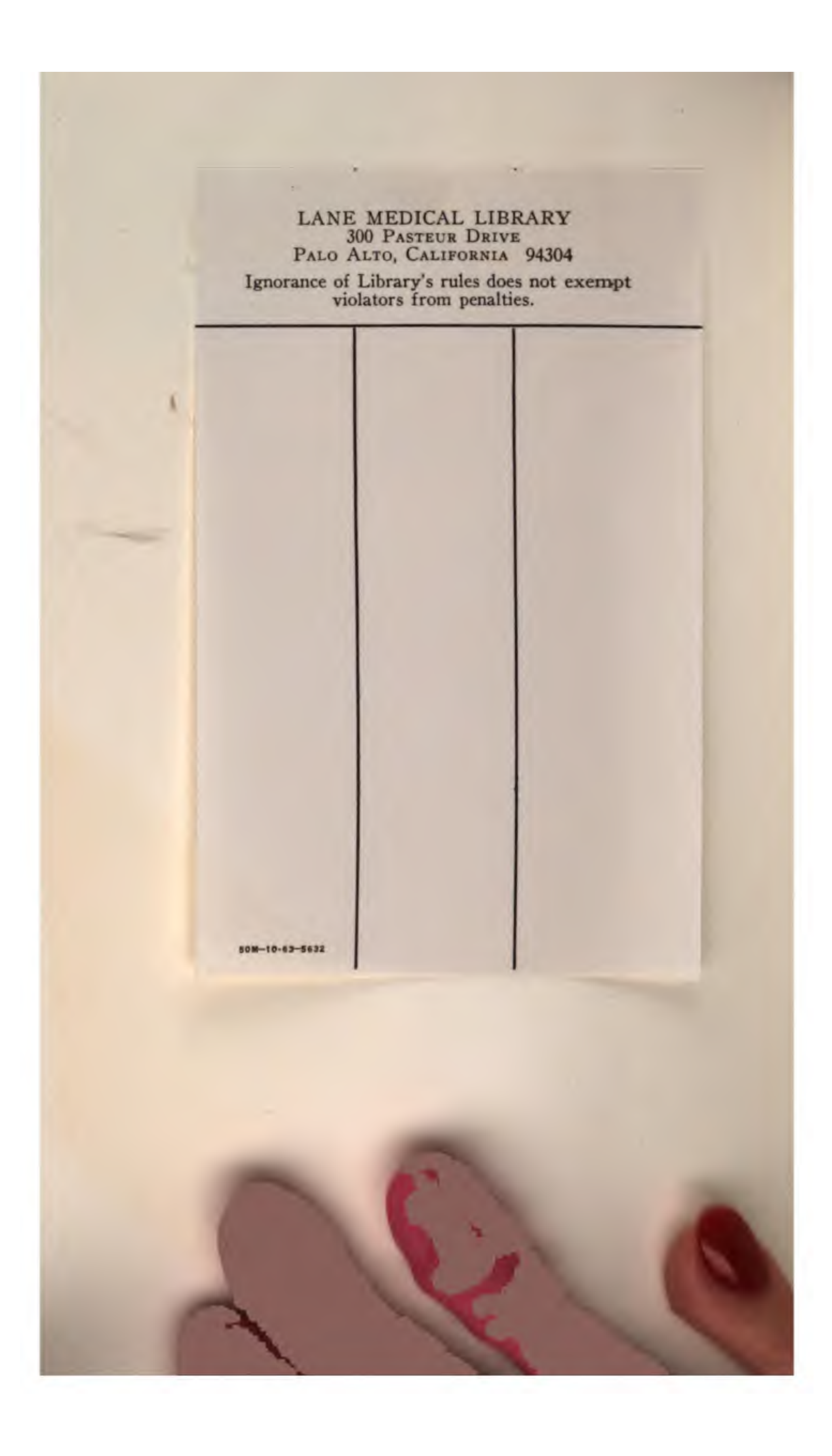
LIVRE CINQUIÈME.



FIN DE LA TABLE DU DEUXIÈME VOLUME.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.





NAME	DATE DUE

